This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

REVUE MÉDICALE

REVUE MÉDICALE

REVUE MÉDICALE

PUBLIÉE PAR

E. HUBERT, G. VERRIEST, E. VENNEMAN,
L. DANDOIS ET J. DENYS

PROFESSEURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE
DE LOUVAIN

Secrétaire de la Rédaction : L. DANDOIS.

DIX-SEPTIÈME ANNÉE

LOUVAIN
TYPOGRAPHIE DE CHARLES PEETERS
RUE DE NAMUR, 20

1899

BOSTON MEDICAL
JUL 9 1962
LIBRARY

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES NÉVRALGIES.

Pendant que les anatomistes et les physiologistes continuent à étudier la fine structure et le fonctionnement délicat du système nerveux, les chirurgiens, en intervenant dans une série d'affections des centres et des cordons nerveux, recueillent des faits, qui manquent pour la plupart d'interprétation scientifique ou rationnelle.

Les opérations, si simples en apparence, pratiquées contre les névralgies, donnent elles-mêmes des résultats singuliers et incertains qui n'ont pas été assez étudiés et que j'ai cherché à interpréter dans une communication à l'Académie de médecine.

Ce sont les névralgies du trijumeau à peu près exclusivement qui fournissent à cet égard un sujet d'observations.

Si nous remontons à l'époque où les premières opérations furent pratiquées contre cette affection, nous voyons les chirurgiens préoccupés avant tout de déterminer si la névralgie était d'origine centrale ou d'origine périphérique; ils estimaient que l'abstention s'imposait quand la névralgie était d'origine centrale. A quoi bon, semblait-il en effet, interrompre dans ces cas la continuité du nerf?

Malheureusement, pour la grande majorité des névralgies du trijumeau, il est impossible de déterminer si la douleur prend sa source le long du nerf ou bien dans le centre nerveux, et les chirurgiens se virent ainsi le plus souvent obligés d'intervenir sans être fixés sur l'origine du mal.

L'opération pratiquée dans le principe consistait à sectionner le nerf à son extrême périphérie, c'est-à-dire à la sortie du trou mentonnier, du trou sous-orbitaire ou du sillon sus-orbitaire; dans tous les cas où elle était couronnée de succès, il parut rationnel de conclure qu'on avait eu affaire à une névralgie d'origine périphérique.

Seulement, la guérison n'était presque toujours que passagère; au bout d'un certain temps, les douleurs reparaissaient.

Pour expliquer la récidive de la névralgie, on admit, sans chercher à le démontrer, qu'il y avait eu, selon l'expression consacrée, régénération du nerf, et on en vint à préconiser, au lieu de la simple section, l'enlèvement d'un fragment du nerf assez étendu pour rendre impossible la réunion du bout central avec le bout périphérique ; c'est l'opération classique depuis longtemps.

Mais le résultat des résections du nerf ou névrectomies ne fut pas meilleur que celui des névrotomies ; la statistique de Wagner, dressée en 1869, comprenant 135 cas de résections nerveuses, accusait 18 % à peine de guérisons durables.

On se trouva fort embarrassé pour expliquer la récidive après les résections étendues du nerf. Hueter et d'autres invoquèrent l'irritation provoquée par le noyau cicatriciel étreignant le bout central ; il était plus logique d'admettre que le lieu d'origine de la névralgie n'avait pas été atteint par l'opération.

On fit remarquer que les branches du trijumeau habituellement intéressées traversent des canaux osseux étroits où elles peuvent aisément être comprimées et on chercha à les déloger complètement de ces canaux ; puis, la chirurgie devenant chaque jour, grâce à l'antisepsie, plus audacieuse, on les poursuivit de plus en plus près de leur origine, jusqu'à la base du crâne d'abord, jusque dans le crâne ensuite, sans que le résultat final fût amélioré. Krause a ainsi rapporté une observation où il pratiqua la résection de la seconde branche du trijumeau dans l'intérieur du crâne ; huit mois plus tard, la récidive éclatait avec une telle intensité qu'il était obligé d'intervenir de nouveau, en enlevant le ganglion de Gasser, opération qui avait déjà été proposée par Hartley.

La dernière étape était franchie et la résection du ganglion de Gasser a été fréquemment pratiquée dans ces dernières années.

Le dr Tiffany a publié une série de 108 observations se rapportant à des interventions chirurgicales intra-crâniennes dans les cas de névralgie du trijumeau ; la mortalité globale est assez élevée, il s'est produit 24 décès dont 8 dus au shok, 8 à une infection, 2 à un traumatisme du cerveau, 1 à un abcès du cerveau, 1 à un traumatisme du cerveau avec œdème du poumon ; il n'est pas douteux cependant que, comme il arrive toujours pour les nouvelles opérations, les résultats

s'amélioreront dans la suite, parallèlement avec les progrès de la technique et l'habileté des opérateurs.

En revanche, les cas de récidive sont rares, puisque, sur les 108 observations, l'auteur ne note que 4 récidives qui se sont déclarées, soit dans le territoire du nerf extirpé, soit dans les territoires des nerfs voisins; chaque fois que le ganglion de Gasser a été totalement enlevé, il n'y a pas eu de récidive. Remarquons cependant que les résultats éloignés de toutes les observations ne sont pas arrivés à la connaissance de l'auteur.

Mais, s'il n'y a pas eu souvent récidive, il y a eu, dans quelques cas, des lésions consécutives à l'opération, en particulier, des lésions de la cornée, ulcères, perte de la sensibilité; on a vu aussi de la conjonctivite; dans un cas, l'énucléation de l'œil a été nécessaire.

Quoi qu'il en soit, les succès définitifs obtenus par cette opération me paraissent établir que *les névralgies du trijumeau ont leur origine habituelle dans le ganglion de Gasser.*

Sans doute, il y a des exceptions; ainsi, sans parler des pseudo-névralgies d'origine dentaire, il y a des cas consignés dans la science où une exostose développée dans le trou ovale ou le trou rond, où un névrome poussé sur une branche nerveuse a été le point de départ d'une névralgie du trijumeau; ces cas n'infirment pas la règle générale. Les causes sont difficiles à déterminer : on a invoqué l'action du froid, du surmenage, des chagrins, des intoxications; il se pourrait aussi que la névralgie fût d'abord entretenue par des causes périphériques et que le nerf ou le ganglion subissent à la longue des altérations consécutives : Krause a trouvé des lésions anatomiques dans le ganglion de Gasser réséqué pour cause de névralgie; ces lésions seraient, d'après lui, très appréciables et consisteraient dans un changement de forme, de volume ou de structure des cellules nerveuses.

Il ne reste pas moins acquis, d'après les faits que j'ai cités, que *les sections ou résections des nerfs sont susceptibles de guérir, sinon définitivement, au moins pour un temps, des névralgies dont l'origine est manifestement centrale.*

Comment expliquer ce phénomène? Segond a soulevé la théorie vague de l'inhibition; Wagner invoqué la suspension des irritations

périphériques; Albert soupçonné une modification survenue dans les centres nerveux; je n'ai trouvé nulle part une théorie nettement formulée.

Or, les recherches récentes des neurologues me paraissent fournir la solution de la question soulevée.

« Il est bien établi aujourd'hui, a écrit Marinesco, que la section d'un nerf, moteur, vaso-moteur ou sensitif, détermine dans son centre d'origine une série de modifications, qui constituent le processus de réaction à distance de la cellule nerveuse. »

Notre Collègue, Van Gehuchten, et Lugaro croient pouvoir conclure de leurs recherches que la section d'un nerf sensible entraîne la désorganisation et la disparition définitive des cellules nerveuses correspondantes; Marinesco pense, au contraire, que la phase de dégénérescence de celles-ci est suivie d'une phase de réparation.

Pour rester d'accord avec l'expérimentation chirurgicale, — que l'on me permette d'employer cette expression, — je me rallie volontiers à l'opinion de Marinesco.

Je m'explique: si, la névralgie ayant récidivé après une première opération de résection du nerf, nous allons à la recherche du bout central — lequel est resté séparé du bout périphérique — et en réséquons de nouveau un fragment, nous obtenons, comme la première fois, la sédation immédiate des douleurs et la guérison momentanée de la névralgie, et ainsi successivement; il me paraît logique d'admettre, dans ces conditions, que les cellules ganglionnaires ont récupéré, dans l'intervalle de deux opérations successives, leur intégrité anatomique.

La récidive de la névralgie aurait même lieu, dans ma pensée, au moment où le retour à l'état normal des cellules nerveuses et du bout central serait effectué.

Et — puisque je me hasarde à faire des hypothèses — qui sait si les cas, où la récidive d'une névralgie d'origine centrale n'a pas lieu après la section du nerf, ne sont pas ceux où la régénérescence en question, pour des causes ignorées, n'a pas lieu?

Ce qui est positif, c'est que la récidive d'une névralgie survient après un laps de temps assez bien déterminé : deux de mes opérées qui ont vu la récidive se produire à deux reprises après des opéra-

tions successives, m'ont déclaré, en effet, spontanément que les douleurs avaient reparu les deux fois au bout du même temps, jour pour jour presque, après l'intervention; il semble ainsi qu'il y a en jeu, dans la réapparition des douleurs, un travail anatomique ou physiologique de régénérescence du tissu nerveux d'une durée déterminée.

En envisageant la question sous un autre aspect, je prétends que *les résections nerveuses, contrairement à l'opinion acceptée aujourd'hui, ne doivent pas être en principe préférées aux simples sections;* sans doute, en enlevant un long fragment de nerf, on a plus de chance de supprimer la cause de la névralgie, s'il arrivait — chose rare — qu'elle fût à la périphérie; sans doute aussi, l'intensité de la réaction ganglionnaire est plus vive après les résections qu'après les sections du nerf, car elle est proportionnelle à la gravité du trauma subi; mais, d'autre part, en enlevant de longues portions du nerf, on arrive à le rendre bientôt inaccessible à l'intervention ou du moins on se trouve acculé de bonne heure à la nécessité d'aller à sa recherche dans l'intérieur du crâne, ou d'aller réséquer le ganglion de Gasser; si le nerf, au contraire, a été simplement sectionné ou du moins réséqué sur une petite étendue, il restera facilement accessible et le malade pourra, autant de fois que les récidives l'exigeront, obtenir un certain temps de répit, au prix d'une opération simple et bénigne.

Je vais même plus loin et je prétends qu'*il n'est pas toujours nécessaire d'agir sur le nerf douloureux pour obtenir un effet utile dans les névralgies;* il suffirait quelquefois d'agir sur un nerf voisin, à condition que le ganglion d'origine soit commun aux deux nerfs.

Je ne veux pas faire allusion à des faits connus depuis longtemps, faciles à expliquer et que voici : les douleurs névralgiques sont rarement limitées à une seule branche ou à un seul rameau, mais il y a des irradiations à distance dans d'autres branches; or, il suffit alors d'agir sur le nerf atteint, pour voir disparaître tous les phénomènes d'irradiation.

Ce que je veux mettre en relief, c'est qu'on pourrait laisser intact le rameau nerveux intéressé, si on ne pouvait l'atteindre commodément, et cependant voir les douleurs disparaître en opérant sur un rameau voisin, en apparence parfaitement indemne.

L'observation suivante est démonstrative à cet égard :

Mme M..., âgée de 68 ans, est opérée par moi en 1893 pour une névralgie rebelle, bien localisée au rameau maxillaire inférieur ; j'enlève le nerf dans tout son trajet à travers le maxillaire.

Guérison parfaite pendant un an ; récidive au même endroit.

En 1895, seconde intervention consistant dans l'enlèvement du bout central du nerf jusqu'à sa sortie du crâne.

La guérison se maintient, comme la première fois, pendant un an.

La seconde récidive survenue, je n'avais, semble-t-il, d'autre ressource que d'aller chercher le nerf ou le ganglion dans le crâne; vu l'âge de la malade, vu son opposition, je ne pouvais songer à une pareille opération.

J imaginai alors de réséquer le nerf lingual, dans le parcours intrabuccal ; la névralgie céda comme les deux premières fois, et à coup sûr, il n'y a pas eu là un effet de suggestion, car l'opérée a eu deux crises encore, l'une le lendemain, l'autre le surlendemain de l'intervention, si bien que elle et moi avons cru d'abord à un échec.

Depuis cette troisième intervention, qui date de six mois seulement, la névralgie n'a pas encore récidivé; si elle reparaît, j'interviendrai sur le nerf temporal, le seul des trois rameaux de la troisième branche du trijumeau qui reste facilement accessible, et, afin de me ménager d'autres ressources pour l'avenir, je ferai, non plus la résection, mais la simple section de ce nerf.

Est-ce que les phénomènes de réaction survenus dans un certain nombre de cellules du ganglion de Gasser après la section d'un de ses rameaux ont pour résultat de modifier la circulation et la nutrition du ganglion en totalité, ou au moins du groupe cellulaire d'où sort une des branches du nerf?

Je l'ignore, mais je possède des faits d'une interprétation plus difficile encore; tel le suivant :

Mme L... est opérée par le professeur Michaux d'une névralgie datant de vingt ans, siégeant sur la deuxième branche du trijumeau, par le procédé de Langenbeck : section sous-cutanée du nerf dans la fente sphéno-maxillaire, enlèvement par une incision à la joue de tout le tronçon du nerf compris entre cette section et le trou sous-orbitaire.

Guérison de la névralgie pendant un an.

Lorsque vint la récidive, Michaux n'existait plus et je fus consulté par la malade; or, ne sachant trop que faire à une époque — il y a de cela huit ans — où les grandes opérations sur le trijumeau n'étaient pas entrées dans la pratique, je lui refis, sans trop savoir moi-même pourquoi, identiquement la même opération que la première; je n'ai pas besoin de dire que je ne trouvai plus de nerf à la sortie du trou sous-orbitaire, que le nerf ne fut pas davantage sectionné dans la fente sphéno-maxillaire, bref, qu'il n'y avait pas eu régénération.

Ce ne fut donc qu'un simulacre d'opération, et cependant — chose étrange, que je ne m'expliquai pas alors, que je m'explique encore difficilement aujourd'hui, — la névralgie fut guérie pour un an également.

Je ferai observer qu'après la résection d'une branche du trijumeau, nous obtenons une anesthésie dans le domaine innervé par cette branche; comment alors un trauma exercé dans une région insensible, sans connexion nerveuse dans tous les cas avec le bout central du nerf malade, a-t-il pu agir sur celui-ci?

Il est vrai que l'anesthésie n'est jamais complète en pareil cas, et puis, nous assistons souvent, à la longue, à une restauration de la sensibilité, comme s'il y avait, dans la zone d'abord insensible, pénétration de filaments nerveux issus des zones voisines.

Sans entrer dans des détails, je puis affirmer que mon intervention n'a pas agi par suggestion sur un sujet impressionnable; je suis heureux néanmoins de pouvoir citer un fait du même genre qui vient d'être rapporté.

Un patient du professeur Jaboulay, signalé par Molin à la Société des sciences médicales de Lyon, avait subi d'abord l'intervention suivante : les trois nerfs sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier avaient été, pour une névralgie intolérable de la face, sectionnés à l'issue de leurs canaux osseux, puis les bouts inférieur et supérieur de chacun arrachés par enroulement autour d'une pince.

Résultat : plusieurs mois de soulagement suivis d'une récidive.

Le chirurgien allait cette fois procéder à l'ablation du ganglion de Gasser, lorsqu'il eut l'idée de repasser le bistouri dans les deux premières incisions sus et sous-orbitaires et de sectionner tous les tissus jusqu'au périoste.

Or, le résultat fut excellent et le sujet vit ses douleurs disparaître totalement.

En définitive, on voit combien de phénomènes observés à la suite des opérations pour névralgies restent encore obscurs, comme je le disais au commencement de cet article.

Je me hâte d'ajouter que les procédés nouveaux d'intervention que j'ai mis en relief ne donnent pas, autant que j'ai pu le constater jusqu'à présent, des résultats aussi certains ni aussi durables que les sections et les résections du nerf; ils fournissent néanmoins une ressource précieuse qu'il faudra, à mon avis, utiliser à l'avenir.

Tous les chirurgiens ont eu l'occasion, en effet, d'observer des malades atteints de névralgie du trijumeau, devant lesquels ils se trouvaient désarmés après avoir pratiqué toutes les opérations possibles de résection extra-crânienne; et, comme l'extirpation du ganglion de Gasser restera toujours une opération sérieuse, contre indiquée d'ailleurs bien souvent, ils seront heureux de pouvoir proposer de nouvelles tentatives opératoires aux malades, qui les accepteront volontiers, après avoir apprécié le bien-être succédant aux précédentes interventions.

Dr DANDOIS.

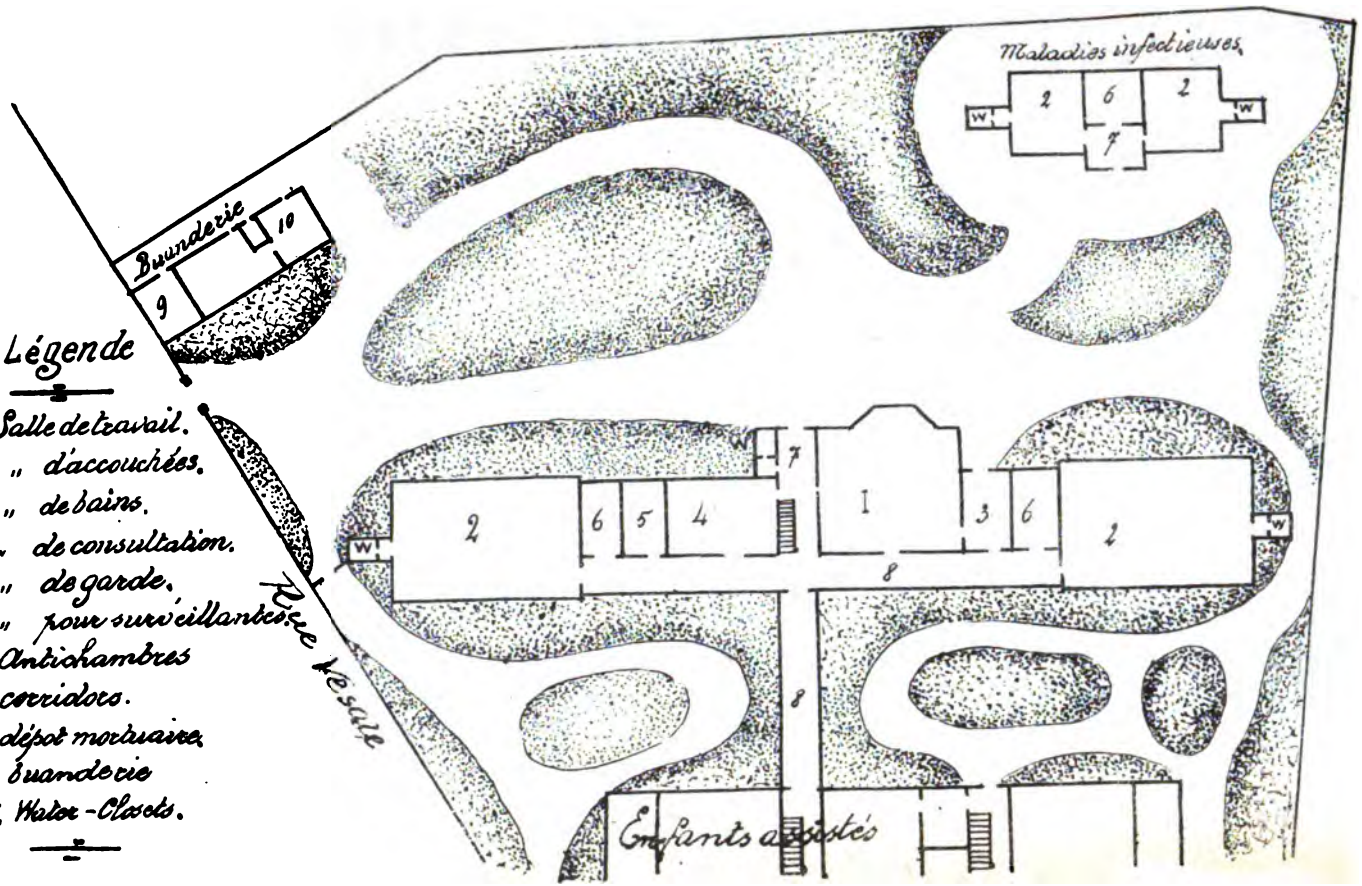
LA NOUVELLE MATERNITÉ DE LOUVAIN.

De temps immémorial la clinique obstétricale de Louvain était on ne peut plus mal installée dans de vieux bâtiments vermoulus où tout manquait : air, espace, lumière. Malgré les conditions hygiéniques les plus fâcheuses, on accouchait heureusement dans l'humidité et les moisissures des vieilles salles; l'infection puerpérale n'y faisait que de très rares et de très courtes irruptions et, en somme, aux instances du chef de service, pressé d'obtenir des installations moins vicieuses, la Commission des Hospices pouvait être tentée de répondre : « De quoi vous plaignez-vous ? on ne meurt pas chez vous ! »

Le 3 novembre dernier a eu lieu l'inauguration de la nouvelle Maternité édifiée dans le quartier Est, le plus sain de la ville, sur les terrains sablonneux du *Vlamingsveld*.

Hospice de Maternité

Echelle de 0,002 p. c. 100 mèt.



Légende

1 Salle de travail.
2 „ d'accouchées.
3 „ de bains.
4 „ de consultation.
5 „ de garde.
6 „ pour surveillantes.
7 Antichambres
8 corridors.
9 dépot mortuaire.
10 Buanderie
W. Water-Closets.

Au lieu de confier les plans du nouvel hôpital à quelque architecte en gestation de belles façades, les Hospices de Louvain se sont adressés au professeur d'accouchements — et l'ont intelligemment et généreusement laissé faire. M. Hubert a trouvé dans M. l'architecte Stevens un aide précieux et de leur collaboration est sorti un édifice qui n'a pas la prétention d'éclipser le palais de justice de Bruxelles, mais qui est parfaitement adapté à sa destination et répond à toutes les exigences de l'hygiène moderne.

Le plan adopté est d'une extrême simplicité. Au centre du bâtiment, et un peu en saillie, la salle de travail; aux extrémités, les dortoirs des accouchées; entre les deux, les chambres des surveillantes, la salle de bains, la salle de garde, le cabinet du professeur. Toutes ces places ouvrent dans un large corridor bien éclairé.

Une galerie vitrée relie la Maternité aux cuisines, reléguées dans un bâtiment voisin.

A l'étage, un vaste dortoir pour femmes enceintes, quelques chambres particulières, et les quartiers des internes.

Les salles des accouchées, au dessus desquelles il n'y a pas d'étage, ont 12 mètres de long, 8 de large, 6 de haut : elles cubent donc 576 mètres et contiennent 8 lits.

On s'est efforcé de supprimer dans ces salles tous les *accroche-poussière* : angles, saillies, moulures ou gorges; les plinthes ne font pas relief; les tablettes des fenêtres sont inclinées; le plafond forme dôme; tous les angles d'intersection des murs sont arrondis et renferment des cheminées d'aérage. Il en résulte des formes insolites, qui au premier aspect étonnent l'œil, mais sans le choquer. L'air peut être renouvelé dans ces dortoirs environ trois fois par heure, grâce aux cheminées des encoignures, à celles du plafond et aux bouches d'air percées sous chaque fenêtre.

Les murs, creux, sont enduits de *bengaline*, un produit nouveau, qui leur donne l'imperméabilité et le luisant de la porcelaine; le sol est couvert d'un revêtement de carreaux de céramique — de sorte qu'on pourra laver le tout à grandes eaux avec une lance de fontainier.

En attendant la vapeur et l'électricité — qui doivent nous venir d'un hospice voisin — le chauffage se fait avec de gros poëles « tortue » et l'éclairage au gaz, avec des lampes « surprise ».

Tout le mobilier, sauf les chaises, est en fer, recouvert de bengaline. Il a été dessiné avec une recherche de la simplicité et un souci de l'asepsie poussés à l'extrême.

Les lits ne contiennent ni ressorts à boudin ni toiles métalliques, difficiles à désinfecter : le sommier est tout simplement un gril de lames d'acier, reliées entre elles par deux traverses associant leurs élasticités. Tout cela peut se démonter et se laver à la minute. Les supports du chevet seuls sont à roulettes, et les lits sont fixes; mais chacun peut être transformé, à volonté, en un petit véhicule par un levier qui soulève le pied du lit et y adapte une troisième roue.

Les berceaux sont composés de quelques tiges de fer recourbées et formant corbeille; il sont peints à la bengaline comme les tables de nuit, les lavabos et les murs.

Nous donnerons dans un prochain n° — si nous les réussissons — quelques clichés représentant salles et mobilier.

Les bâtiments sont entourés de grands jardins au fond desquels se trouvent : d'un côté un dépôt mortuaire et la buanderie — de l'autre, un pavillon isolér, éservé aux maladies infectieuses et composé, comme les pavillons de Tarnier, d'une chambre d'infirmier et de deux chambres de malades.

Organisation du service. — Les deux dortoirs des accouchées, avec leurs 16 lits, pourraient recevoir, — le séjour normal de chaque femme étant de 9 jours, — 648 femmes par an. On ne peut en espérer autant et l'on n'est bien organisé que pour en recevoir la moitié, parce que, en principe, dans la pensée du professeur, les deux salles ne doivent jamais être occupées simultanément : pendant que l'une fonctionne, l'autre doit être aérée, lavée et nettoyée à fond.

Toute entrante passe d'abord par la salle des bains pour y subir un lavage complet et revêtir des vêtements neufs : tous les effets d'habillement qu'elle vient de quitter sont envoyés à désinfecter et ne lui sont rendus qu'à sa sortie.

Le service médical est dirigé par le professeur d'accouchements. Il a sous ses ordres : 1° Un assistant docteur, choisi par lui parmi les jeunes gens qui viennent de terminer leurs études médicales; il s'engage à rester un an en fonction ;

2° Un élève interne, désigné aussi pour un an, le vainqueur d'un

concours, fixé au commencement du mois d'octobre, et auquel ne sont admis à prendre part que les élèves du dernier doctorat;

3° Deux internes hebdomadaires logés dans l'établissement. Ils assistent à tous les accouchements et aux visites des salles qui se font matin et soir; ils sont dispensés pendant leur semaine de garde de la fréquentation des cours; ils entrent en fonction le lundi matin à 8 heures et sont remplacés le lundi suivant par deux autres. Un tirage au sort règle leur ordre de succession.

Tous les élèves dorénavant, à tour de rôle, seront donc appelés à faire un stage pratique à la Maternité et à jouir des avantages de l'internat.

Dr ARMAND DE COOMAN,
Assistant du service.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES MEMBRES PRODUITES PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Les lésions des os et des articulations de l'enfant s'observent rarement à la suite d'un accouchement spontané. C'est surtout pendant la version, et plus souvent encore pendant l'extraction, qu'elles se produisent. Bien qu'elles soient fréquentes, on en trouve peu d'exemples dans la littérature médicale, peut-être parce que quelques-unes restent méconnues, mais, plus vraisemblablement, parce que le praticien à qui l'accident arrive ne s'empresse pas de le publier. Cependant il est arrivé à des maîtres comme Dubois de briser un bras, et des accoucheurs moins expérimentés pourraient bien avouer avoir eu le même malheur.

Le nouveau-né est extrêmement fragile et l'étude de ses traumatismes nous paraît intéressante, tant au point de vue de leur fréquence que de leur genèse et de leur traitement.

I. Lésions du membre inférieur.

Les *lésions des parties molles* se bornent, en général, à des excoriations sans grande gravité. Olivier cite cependant un cas de perforation de l'artère fémorale par l'extrémité d'un crochet : l'enfant mourut de l'hémorrhagie.

Les *fractures des jambes* sont relativement rares. Elles sont produites par un mouvement d'hyperextension et surtout de torsion de la jambe sur la cuisse. Ces violences peuvent aussi occasionner des *décollements épiphysaires*.

C'est l'épiphyse supérieure du tibia qui se détache le plus facilement. On trouve alors la jambe du nouveau-né en forte rotation interne ou externe selon la direction de la rotation imprimée — on a même vu des cas où les orteils regardaient directement en arrière.

Il est évident que ces accidents sont toujours imputables à l'accoucheur, qui a oublié qu'on ne peut jamais tirer que dans l'axe de la jambe, ni employer la violence : « Non vi » est la première parole du cours de notre maître, le prof. E. Hubert.

Les *fractures de la cuisse* sont plus communes et siègent presque toujours au point faible, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'os Comme dans toutes les fractures de l'enfant le périoste n'est que peu ou pas entamé. La cassure est même souvent incomplète, et par conséquent sans déplacements ni grands traumatismes des parties molles ambiantes.

Le mécanisme des fractures du fémur a été très bien étudié par Olivier.

Au début du travail, lorsque, dans une présentation du siège, il est indiqué d'intervenir, les auteurs conseillent d'abaisser un pied et cela se fait facilement, dans les cas faciles; mais pour peu que l'utérus soit rétracté sur l'enfant, la main n'arrive que péniblement au fond et peut se trouver impuissante à amener le membre. Si l'on insiste on s'expose à fracturer le fémur. Les risques augmentent quand le siège est déjà descendu dans l'excavation, que les fesses seules se présentent, que l'enfant est gros et la mère primipare.

Lorsqu'il faut renoncer à chercher un pied, faut-il appliquer le forceps ou agir sur l'aîne avec le crochet mousse, des lacs ou les doigts ? Ces moyens ont leurs inconvénients et c'est en vue de les éviter qu'Ahlfeld et Spiegelberg ont préconisé l'abaissement prophylactique d'un pied. — S'ils arrivent à temps, si tôt que la dilatation est complète, ils rompent les membranes et abaissent un pied, puis laissent aller l'accouchement. — Si l'enfant vient à souffrir ou si l'état général de la mère s'altère, ils font l'extraction.

Bien qu'au dire d'Olivier le forceps ne produise pas de lésions, il n'est guère appliqué sur le siège.

Le meilleur moyen d'extraction, croyons-nous, est le crochet mousse ou peut-être le lacs spécial décrit par Olivier. Il consiste en un galon de fil, long de 1 m. 10, et un tube en caoutchouc de la grosseur du petit doigt, long de 1 mètre. Le galon est passé dans le tube et l'élasticité du caoutchouc amortit la pression.

Ces moyens sont-ils exempts de dangers? Nous allons voir qu'ils produisent souvent des fractures, dont Olivier a étudié de près le mécanisme.

Dans toutes ses expériences, il a examiné avec soin quelle était la direction du crochet mousse ou du lacs par rapport au pli de l'aîne et au fémur — et quels mouvements le siège et le membre exécutaient sous l'influence des tractions.

« Chaque fois la fracture s'est produite au moment où le crochet, ou le lacs s'est trouvé placé perpendiculairement au fémur — c'est-à-dire que l'instrument a quitté le pli de l'aîne où il venait d'être placé. Chaque fois la chose s'est produite par le glissement brusque de la jambe et le recul du siège. »

Détail curieux, les fractures étaient plus fréquentes dans les positions postérieures.

Dans les positions antérieures le sacrum de l'enfant est tourné vers l'arc antérieur du bassin, les membres inférieurs relevés sur le plan antérieur du fœtus font avec ce plan, lorsque la femme est couchée, un angle dont le sinus regarde en arrière, de sorte que le membre inférieur et antérieur est presque horizontal. Si donc dans ces conditions on porte un crochet ou un lacs sur lui, on tirera suivant l'axe du pli de l'aîne et on ne déterminera pas de fracture parce que tout l'effort porte sur le col du fémur qui, chez l'enfant, est la partie la plus résistante.

Dans les positions postérieures, au contraire, les membres inférieurs forment avec le plan antérieur un angle dont le sinus regarde presque directement en haut. Cela n'est absolument vrai que quand l'engagement est profond et le siège au détroit inférieur. Dans ce dernier cas le membre inférieur et antérieur étant relevé, fait avec le lacs appliqué sur le pli de l'aine, un angle obtus ouvert en avant

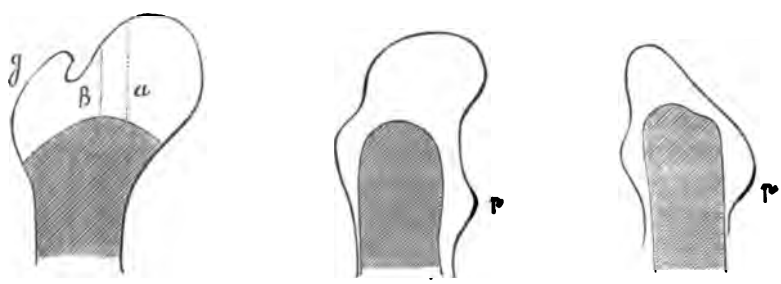
mais dépassant à peine l'angle droit; de sorte que pour peu que ce membre se défléchisse, le lacs lui deviendra aussitôt perpendiculaire et le fémur rompt. L'os représente en effet un levier du troisième genre dans lequel la résistance est représentée par l'articulation coxo-fémorale, le point d'appui par le bassin maternel, la puissance par la main qui tire le lacs — et plus le point d'application de cette puissance se rapprochera de la partie moyenne de l'os et plus ce dernier se fracturera facilement.

Si cette interprétation est exacte, empêcher l'abaissement du membre, et partant le recul du bassin, serait aussi empêcher les brisures. « Si, dit Olivier, pendant les tractions on applique les doigts de la main libre sur le sacrum de l'enfant, et qu'on repousse le siège en avant, on empêche ainsi son recul et secondairement la déflexion du membre. On ne pourra peut-être pas l'empêcher complètement mais suffisamment pour que le fémur ne puisse devenir perpendiculaire aux tractions.

Les expériences ont montré que la théorie était juste.

Le *décollement épiphysaire* qui se produit si facilement pour l'humérus est presque impossible pour le fémur. Nous représentons

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.



Coupes à travers l'extrémité supérieure du fémur. *g*. grand trochanter
p. petit trochanter
Fig. 2. Coupe antéro-postérieure au niveau de *B*.
Fig. 3. Coupe antéro-postérieure au niveau de *a*.

(fig. 1, 2, 3) les dispositions anatomiques qui rendent compte de ces différences. Un coup d'œil jeté sur l'emboîtement spécial de l'extrémité de la diaphyse dans la cupule du cartilage épiphysaire fait voir qu'un crochet mousse dans l'aine ne peut agir d'une façon désastreuse sur la ligne de jointure de l'épiphyse et de la diaphyse.

Le seul mouvement qui pourrait produire un décollement épiphysaire est un mouvement d'abduction et de rotation forcée en dehors (mouvement qui chez l'adulte produirait une luxation sus-pubienne ou obturatrice). Or, je ne crois pas que jamais dans une version, on doive demander à l'enfant des excentricités de ce genre.

Les luxations coxo-fémorales sont d'une rareté extrême : le faux mouvement qui chez l'adulte produirait la luxation, occasionne chez le nouveau-né le décollement épiphysaire. C'est là une règle générale, d'après Künstner, qui n'admet même pas la possibilité d'une luxation produite par une manœuvre obstétricale.

On ne pourrait observer la luxation que dans une seule condition : lorsque la force est appliquée dans le pli de l'aine et dirigée directement en bas, l'enfant se présentant par les fesses.

Künstner a fait un grand nombre d'expériences sur de petits cadavres. Pendant 6 à 10 minutes il a laissé suspendus des poids de 30 à 40 kilogr. dans le pli de l'aine et jamais les ligaments articulaires, ni l'épiphyse n'ont cédé. Ces expériences prouvent une fois de plus qu'il faut placer exactement le crochet ou le lacs dans le pli de l'aine; jamais sur le fémur, qui se fracture déjà sous un effort de 14 à 15 kil. (Bitot).

Et les luxations congénitales? me dira-t-on. Mais d'abord, est-il prouvé que ces luxations soient congénitales? La plupart du temps le diagnostic ne se fait que lorsque l'enfant commence à se tenir debout et à faire ses premiers pas, de sorte que la luxation pourrait très bien provenir d'un arrêt de développement ou d'autres causes encore, postérieures à la naissance.

Admettons même que des cas aient été constatés au moment de la naissance. Des autopsies ont-elles démontré qu'on avait à faire à de véritables luxations, ou bien s'agissait-il de déviations de la tête fémorale, par suite d'un développement incomplet de la cavité cotyloïde? Künstner s'autorise d'autopsies et de nombreuses expériences pour nier la possibilité d'une luxation véritable chez le nouveau-né, et nous croyons qu'il est dans le vrai.

Les *paralysies obstétricales* des membres inférieurs, à en juger d'après toutes les observations que j'ai trouvées dans les auteurs, me paraissent être d'origine centrale.

II. Lésions du membre supérieur.

D'après ce que nous venons de voir, la plupart des lésions du membre inférieur sont évitables : et, lorsqu'on en constate, presque toujours, il y a eu imprudence ou faute commise. Il n'en est pas de même pour les lésions du membre supérieur et spécialement de l'humérus qui se rompt parfois malgré toutes les précautions.

Fracture de la clavicule. — La fracture par cause *directe* est possible, quoique rare. L'accoucheur la détermine, soit en voulant abaisser une épaule pour rendre le dégagement d'un bras plus facile (Kilian), soit en attirant la tête par la manœuvre de Mauriceau, les extrémités des doigts appuyant avec trop d'énergie sur la clavicule L'os se brise alors généralement vers le milieu.

Plus fréquente est la fracture par cause *indirecte*, la *force agissant sur la clavicule par l'intermédiaire de l'omoplate seule*, soit *plus indirectement encore par l'intermédiaire de l'humérus et de l'omoplate*.

Le premier mécanisme correspond chez l'adulte à celui de la fracture de la clavicule par chute sur le moignon de l'épaule, le second à celui de la fracture par chute sur le bras étendu en avant.

— Le premier cas s'observe, quand dans un bassin rétréci une main relativement trop volumineuse cherche à dégager un bras. Le diamètre bis-acromial, déjà à l'étroit dans ce bassin, est fortement comprimé par la main, et la clavicule, très serrée entre son articulation sterno-claviculaire et la force agissant sur le moignon de l'épaule, cèdera. Le même mécanisme entre en jeu, si pour abaisser une épaule on presse sur l'acromion, et que la clavicule pour l'une ou l'autre raison ne sait pas suivre le mouvement imprimé à l'omoplate.

— Nous observerons le second cas quand une force agissant sur le bras pour le dégager ne parvient pas à le mobiliser. — Alors, ou bien — et ce sera le cas le plus fréquent — l'humérus se fracturera, ou bien, la force se transmettant à la clavicule par l'intermédiaire de l'omoplate, ce sera la clavicule qui cédera.

Sous l'influence d'une cause indirecte la rupture se fait le plus souvent à l'union du tiers moyen et du tiers externe.

La fracture de l'humérus. — Cette fracture se produira d'autant plus facilement que la pression sera localisée. Aussi convient-il dans

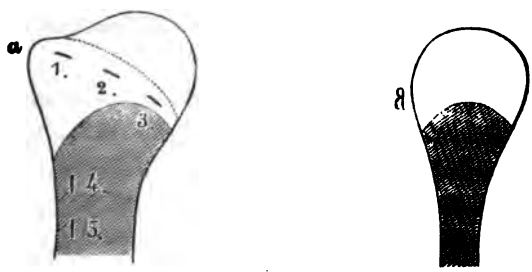
le dégagement du bras d'appliquer les quatre doigts en attelles le long de l'humérus.

L'extrême fragilité de l'os explique la grande fréquence de ses brisures. Parmi les lésions du membre supérieur une des plus intéressantes est certes le *décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus*. L'accident a été très souvent méconnu et pris pour une luxation scapulo-humérale, pour une fracture du col de l'omoplate ou même, comme nous le verrons plus loin, pour une lésion nerveuse (Duchenne-Seeligmüller).

Les symptômes cependant sont et très clairs et très caractéristiques.

Comment ne serait pas très fréquente une rupture qu'un rien peut produire? La ligne diaphyso-épiphysaire ne tient pas, elle est droite et il n'y a pas, comme pour le fémur, emboîtement de l'extrémité

Fig. 4. Fig. 5.



Coupes à travers l'extrémité supérieure de l'humérus.
a. Grande tubérosité.
Fig. 5. Coupe au niveau de la petite tubérosité.
1 Insertion du muscle sus-épineux.
2 » » » sous-épineux.
3 » » » petit rond.
4 » » » grand dorsal.
5 » » » grand rond.

osseuse dans le cartilage (voir fig. 4 et 5). Un poids de 4 à 5 kil. suspendu pendant quelques minutes au niveau du tiers supérieur d'un humérus placé en position transversale, suffit pour produire le décollement de la cupule cartilagineuse. La séparation peut se produire, soit par une force agissant de l'extérieur du membre vers le creux de l'aisselle, soit de l'intérieur vers l'extérieur par un doigt introduit dans le creux de l'aisselle, soit même par une légère torsion du membre sur son axe.

La plupart du temps l'enveloppe périostique se déchire du côté où la force agissante détermine l'extrémité diaphysaire à se diriger et

celle-ci s'engage dans la boutonnière. Ainsi si la lésion résulte d'une force agissant de l'extérieur vers l'aisselle ou par une torsion du bras en arrière, la tête diaphysaire se dirige en bas et en dedans et le diagnostic différentiel d'avec une luxation sous-coracoïdienne peut présenter des difficultés.

Si au contraire la lésion est produite par le doigt agissant dans le creux de l'aisselle, l'extrémité diaphysaire filera en haut et en arrière derrière la cavité glénoïde de l'omoplate et simulera à s'y méprendre une luxation rétro glénoïdienne, d'autant plus que les deux cas présentent un symptôme commun, la *rotation du bras en dedans*.

Les parties molles recouvrant le moignon de l'épaule ne permettent guère de juger d'après le volume si la partie dure arrondie qu'on sent est l'épiphyse ou l'extrémité diaphysaire. Mais, en explorant attentivement la région, on constatera que l'aplatissement de l'épaule, caractéristique de la luxation, manque c'est-à-dire que l'épiphyse est restée en place.

Le symptôme le plus important est la *rotation interne du bras avec pronation forcée de l'avant-bras*. Künstner (1) est le seul auteur qui ait insisté sur l'importance du signe et surtout qui en ait donné une explication précise, basée sur l'anatomie spéciale de la région chez le nouveau-né.

Sur une coupe divisant la tête humérale en deux parties égales (v. fig. 4) la ligne diaphyso-épiphysaire commence à un centimètre et un quart en dessous de la grosse tubérosité — décrit une courbe légère à convexité supérieure et se dirige ainsi jusque près du col anatomique. — La ligne reste à un centim. de la petite tubérosité.

Au voisinage de la grosse tubérosité s'insèrent les muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond, à la petite tubérosité s'attache le muscle sous-scapulaire. Tous ces muscles se terminent donc à l'*épiphyse cartilagineuse* de l'humérus. Les trois premiers sont des rotateurs externes.

A la diaphyse s'insèrent le grand rond, le grand pectoral et le muscle grand dorsal — tous rotateurs internes. Aussitôt la séparation des surfaces opérée, les muscles insérés à l'épiphyse attireront la cupule cartilagineuse en dehors (2) — pendant que les muscles

(1) *Volkmann's Sammlung Klinischer Vortraege.*

(2) L'action du sous-scapulaire ne peut contrebalancer l'action des trois autres.

insérés à la diaphyse impriment à l'humérus un mouvement de rotation interne *forcée*. C'est là un symptôme constant et caractéristique du décollement épiphysaire *chez le nouveau-né*. Plus tard, par les progrès de l'ossification, la démarcation n'est plus si nette entre le cartilage épiphysaire et la diaphyse. La ligne d'union qui chez le nouveau-né était extra-capsulaire remonte petit à petit dans l'intérieur de la capsule articulaire; de plus le périoste s'épaissit avec l'âge et empêche alors les muscles rotateurs externes d'être complètement séparés de la diaphyse, de sorte que le phénomène caractéristique de la rotation interne ne se produit plus quelques mois après la naissance.

Quant aux symptômes fonctionnels, ils résultent de la compression qu'exerce l'extrémité diaphysaire sur les nerfs et les vaisseaux, et par conséquent ils seront surtout marqués quand la déviation du bras s'est faite vers le creux de l'aisselle.

Si donc chez un nouveau-né, dont vous avez dégagé les bras avec difficultés, vous trouvez le membre paralysé et en forte rotation en dedans — examinez avec soin la région scapulo-humérale. Si vous constatez, soit dans le creux de l'aisselle, soit derrière la cavité glénoïde une partie dure arrondie, selon toutes les probabilités vous aurez à faire à un décollement épiphysaire et c'est l'extrémité arrondie de la diaphyse que vous aurez sentie.

Le manque d'aplatissement de l'épaule, c'est-à-dire la présence de l'épiphyse, fera de la probabilité une certitude. Ce signe de rotation interne forcée sera d'autant plus précieux, que dans certains cas, les fragments (épiphyse et diaphyse) quoique disjoints, sont restées en contact et n'ont fait que tourner sur place, en sens inverse sous l'influence de leurs muscles respectifs. En fixant alors le moignon de l'épaule et la diaphyse séparément et en imprimant à celle-ci des mouvements de rotation — on aura la sensation nette d'un corps arrondi dur se mouvant dans une cupule cartilagineuse.

Künstner a observé plusieurs cas, où le symptôme de rotation interne forcée était presque le seul signe, et où l'autopsie est venue confirmer son diagnostic.

Nous avons insisté sur les moyens de reconnaître la lésion parce que sa méconnaissance entraînerait de graves conséquences. Le bras

consolidé restera indéfiniment immobilisé dans cette position caractéristique. Plus aucun mouvement de rotation ne sera possible, les muscles ayant placé la diaphyse et l'épiphyse dans une position correspondant à leur maximum de contraction, et, les muscles restant inactifs, l'atrophie devient inévitable.

Luxations de l'épaule. — Nous nous croyons en droit de les nier jusqu'à ce qu'on nous les prouve. La dissection fait constater la solidité des ligaments de la capsule et l'extrême fragilité de la ligne diaphyso-épiphysaire; elle nous montre de plus la capsule s'insérant sur tout le pourtour de l'épiphyse articulaire — et à l'épiphyse seulement.

Dans ces conditions la luxation n'apparaît plus comme vraisemblable ni même comme possible.

Répétant les expériences de Künstner, j'ai pu constater comme lui qu'un mouvement imprimé au membre, capable de produire chez l'adulte la luxation, produit *toujours* le décollement épiphysaire chez le nouveau-né. Duchenne cependant admet la fréquence des luxations de l'épaule : nous croyons qu'il se trompe et il y a un grand intérêt pratique à le démontrer.

« *L'aplatissement de l'épaule, dit-il, n'existe pas* — en tout cas il n'y a pas de relief apparent de l'apophyse coracoïde. » Les luxations qu'il a eu l'occasion de constater sont toutes des luxations sous-acromiales : *l'axe du bras était dévié en dehors et en arrière, le membre en totalité, en rotation interne forcée.*

Nous sommes convaincu que Duchenne a constamment pris pour la tête humérale l'extrémité arrondie de la diaphyse. Tous les enfants dont il parle avaient présenté la tête et avaient été extraits par deux doigts appliqués dans l'aisselle ; un décollement épiphysaire explique seul rationnellement et la déviation de l'axe en arrière, et le manque d'aplatissement de l'épaule et la pronation forcée du membre.

En dehors du décollement épiphysaire de l'extrémité humérale supérieure, on a décrit d'autres lésions : le *décollement du col de l'omoplate*, la *fracture de ce col*, le *décollement de l'acromion*, la *fracture de l'omoplate*, et le *décollement de l'épiphyse de l'extrémité inférieure de l'humérus*. Seules les lésions du col de l'omoplate pourraient embarrasser un moment le diagnostic.

Paralysies du membre supérieur. — Nous ne nous occuperons pas des paralysies d'origine centrale, résultant de la compression du cerveau par le bassin ou le forceps; nous n'avons en vue que celles qui proviennent d'une cause locale, fracture, décollement osseux, ou épanchemement.

Duchenne décrit une espèce de paralysie qu'il a observée, tantôt après un dégagement difficile du bras, tantôt après des tractions dans le creux de l'aisselle pour extraire le fœtus qui se présentait par la tête. Mais Duchenne n'a vu les enfants que tardivement et avec des symptômes toujours les mêmes : bras en pronation forcée, paralysie des deltoïde, sous-épineux, brachial antérieur, biceps; les muscles ne réagissaient plus sous l'influence de l'excitation faradique. — Là s'arrêtent ses données. De l'anatomie pathologique il ne dit rien.

Seeligmüller place la lésion dans le nerf sus-scapulaire — le nerf placé contre l'os est facilement comprimé dit-il. Nous lui demandons de nous expliquer comment cette paralysie peut résulter d'une compression exercée dans le creux axillaire — et pourquoi elle se montre si rebelle au traitement, alors que les paralysies faciales si fréquentes après application de forceps se dissipent en quelques jours, sans traitement ! Et cependant, sur le nerf facial, c'est un fer dur qui a appuyé, tandis que sur le sus-scapulaire protégé encore par un coussinet musculaire, c'est le doigt.

La rotation du bras en dedans est pathognomonique, non d'une lésion du nerf sus-scapulaire, mais du décollement épiphysaire, qu'il faut traiter pour éviter la paralysie définitive, contre laquelle l'électricité ne peut rien.

Künstner a vu de ces paralysies avec une légère déviation en dedans, mais l'épiphyse était intacte. Aussi huit jours après l'accident, sans autre traitement que le repos du membre, l'enfant remuait le bras.

Dans ces cas peu graves on peut admettre que le nerf a été comprimé momentanément par un épanchement sanguin, Fritsch a souvent constaté ces épanchements à l'autopsie d'enfants nés par le siège ; dans un cas très intéressant, relaté par lui, il existait un hématome au niveau du sterno-cleido-mastoïdien et une paralysie du bras du même côté. La paralysie disparut avec l'hématome.

Enfin Ruge a observé des paralysies dues à des ruptures musculaires.

Traitement. — Si l'on ne réduit pas le *décollement* épiphysaire, on expose l'enfant aux suites désastreuses d'une consolidation en position vicieuse.

Nous avons peu d'action sur l'épiphyse, aussi, tout en tirant sur la diaphyse pour ramener son extrémité à travers la boutonnière périostique, faudra-t-il lui imprimer un mouvement de rotation externe forcée et fixer ainsi le bras au thorax par quelques tours de bande, le membre ramené un peu en arrière.

Les *fractures* du nouveau-né se traitent comme celles des enfants plus âgés. Elles guérissent avec une merveilleuse rapidité.

La plupart du temps le périoste est tout à fait conservé et nous avons une véritable fracture sous-périostée.

Dans d'autres cas, le périoste est déchiré mais jamais complètement, il n'y a pas de chevauchement, et le traitement est très simple.

Pour les lésions de la clavicule, il suffit de tenir le bras correspondant au repos. Au bout de 8 à 10 jours, quel que soit l'appareil employé, la consolidation est faite, mais il restera un gros cal au siège de la fracture.

Pour les fractures de l'humérus on fixera le bras bien entouré d'ouate, au thorax. Après une quinzaine de jours on pourra compter sur une consolidation suffisante.

Les fractures du fémur donnent un peu plus d'embarras au médecin : l'immobilité du membre est difficile à procurer surtout à un enfant qu'on élève au sein. On y parviendra cependant avec un peu d'ingéniosité. En fixant le membre sur une petite attelle bien matelassée surtout, au niveau de la fesse, et légèrement échancrée à cet endroit, on le mettra dans de bonnes conditions pour guérir.

Au besoin un petit appareil silicaté bien léger pourrait donner aussi d'excellents résultats.

Crédé a eu l'idée ingénieuse de relever le fémur le long du tronc et de l'y fixer au moyen d'une bandelette de gaze, passant en travers du creux poplité ou mieux encore au moyen d'une bande d'emplâtre adhésif, qui aura l'avantage de ne pas glisser. La position n'est pas aussi gênante pour l'enfant qu'on pourrait le croire : il s'y est accoutumé pendant l'incubation et il conserve après la naissance une tendance naturelle à la reprendre.

Traitement des paralysies. — La plupart des auteurs qui ont traité spécialement cette question — Nadaud, Seelignüller, Duchenne — sont d'avis que le pronostic est d'autant plus favorable que le traitement électrique est institué de bonne heure.

Nous croyons qu'il faut avant tout trouver la cause.

Est-elle d'origine centrale ? La thérapeutique est impuissante et l'électrisation inutile.

Résulte-t-elle d'une lésion osseuse — traitez celle-ci : *ablatâ causâ tollitur effectus*, et le mouvement reviendra dans le membre. Quant aux paralysies périphériques véritables, la plupart dépendent d'une compression exercée par un épanchement et le massage est le moyen le plus actif à leur opposer. Dr J. DE KONINCK.

ERREURS PROVENANT D'HÉMORRHAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE.

En ce temps de curettages et d'opérations gynécologiques à outrance, les praticiens retireront un enseignement des plus utiles des faits mis en relief par le dr Siredey, dans un article du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

La suppression des règles constitue, pendant toute la vie génitale, un des symptômes les plus importants de la fécondation ; lorsque ce phénomène se produit, chez une femme bien portante, le médecin doit toujours songer à la grossesse.

Inversement, parmi les causes de surprise, il n'en est pas de plus importante que la persistance d'un écoulement sanguin chez une femme enceinte ; effectivement, une femme qui a ses règles ne croit pas être grosse et le médecin partage facilement cette conviction.

Or, comme le rappelle l'auteur, il n'est pas rare de voir la menstruation persister au cours d'une grossesse, et moins rare encore d'observer des hémorrhagies indépendantes du flux menstruel physiologique. Il importe d'établir par un interrogatoire minutieux si l'écoulement de sang est périodique, régulier, s'il correspond à l'époque habituelle des règles, s'il rappelle celles-ci par sa durée, par ses caractères objectifs et par les phénomènes qui l'accompagnent.

Dans certains cas, il s'agit bien d'une persistance véritable de la menstruation. Malgré les autres symptômes de fécondation que l'on

peut relever, l'écoulement menstruel reste parfaitement normal, aux multiples points de vue de la *quantité* et de la *périodicité*. Ce phénomène peut persister durant toute la grossesse sans en compromettre l'évolution. Le plus ordinairement cette anomalie ne se reproduit que pendant les deux ou trois premiers mois.

Quelquefois les pertes de sang apparaissent au moment habituel des règles, mais elles n'en ont ni la durée, ni l'abondance accoutumées.

La diminution de l'écoulement sanguin, en présence de quelques signes de gravidité, sera alors de nature à appuyer le diagnostic.

Le plus souvent, l'hémorrhagie apparaît sans régularité, sans périodicité, sans aucun des caractères de la menstruation normale, et il suffit d'attirer minutieusement l'attention des femmes sur certaines particularités de ces pertes. qu'elles s'obtinent à appeler leurs règles, pour les amener à convenir de leur erreur. Ce ne sont plus en effet les *menstrues*, mais de véritables *métrorrhagies* qui ne sauraient fournir aucun argument contre l'idée de grossesse, s'il existe, concurremment, quelques signes en faveur de cette hypothèse.

Tantôt il s'agit de pertes irrégulières, donnant lieu à des coliques, à l'expulsion de caillots; tantôt les malades ne présentent qu'un suintement sanguin peu abondant, intermittent, et qui reparaît sous l'influence de la fatigue ou d'excitations locales. Ces accidents ne sont pas toujours incompatibles avec l'évolution normale de la grossesse. Après s'être montrés, au début, avec une persistance inquiétante, ils s'atténuent peu à peu, et finissent par disparaître.

Fréquemment, il est vrai, ils indiquent un décollement des membranes, et doivent faire craindre une fausse couche.

Ces pertes de sang exposent à deux sortes d'erreurs.

1° Si les phénomènes qui les accompagnent paraissent assez concluants pour faire porter le diagnostic de grossesse, l'abondance des métrorrhagies, l'apparition de caillots volumineux, font croire, prématurément, à l'expulsion du fœtus, alors que l'œuf est encore intact dans l'utérus.

La répétition de l'hémorrhagie est alors attribuée à la rétention de débris placentaires ou déciduaux, et cette interprétation est d'autant plus compromettante qu'elle a pour corollaire presque forcé l'emploi de la curette.

2° Quand les signes de grossesse font défaut ou sont trop peu accentués pour avoir une réelle importance, on est tenté de croire à l'existence de métrorrhagies symptomatiques de lésions utérines ou annexielles.

C'est surtout alors avec l'utérus hypertrophié que l'on rencontre dans les fibromes ou certaines métrites chroniques qu'on confondra l'utérus gravide.

Les tumeurs fibreuses, il est vrai, n'évoluent pas aussi rapidement, et ne sont pas souvent exemptes de bosselures, de duretés, d'inégalité de consistance.

L'utérus gravide diffère également de l'utérus hypertrophié des métrites chroniques par un caractère important sur lequel appuie l'auteur : dans les premiers mois de la grossesse, le corps seul de la matrice augmente de volume, le col reste petit, mou, légèrement fusiforme chez les primipares ; le corps, dilaté, s'arrondit brusquement *à la façon d'un ballon*, tandis que dans la métrite chronique, le col et le corps sont également augmentés de volume, et l'organe, dans son ensemble, prend une *forme cylindrique*.

Deux phénomènes principaux, comme l'indique plus loin le dr Siredey, caractérisent l'utérus gravide, au début : le ramollissement du col, et le brusque développement de l'utérus, qui paraît arrondi, globuleux, *en forme de ballon*. Cette inégalité dans l'accroissement des deux segments de l'organe, constitue un symptôme de premier ordre, suffisamment apparent, même au cours d'une métrite, pour attirer l'attention.

Dans tous les cas embarrassants, on recherchera avec soin toutes les petites particularités, bien connues depuis longtemps, et dont on n'apprécie pas toujours suffisamment la valeur : la coloration violacée ou ardoisée des muqueuses génitales, la pigmentation des grandes et petites lèvres, de la ligne blanche de l'abdomen, celle de l'aréole du mamelon, l'aspect œdémateux de cette dernière région, la saillie exagérée des follicules de Montgomery, l'écoulement de liquide à la pression du mamelon, la dilatation des veines superficielles des seins, etc..., ainsi que les troubles observés du côté du tube digestif et du système nerveux, tels que le dégoût des odeurs, les nausées, les vomissements, les caprices insolites de l'appétit, etc. Il n'est pas un de ces symptômes qui ne puisse s'observer en dehors de la gestation, et faire défaut dans les grossesses les plus normales, mais ils méritent néanmoins d'être pris en très grande considération. Lorsqu'on les trouve réunis, ils constituent des éléments de grande probabilité, sinon de certitude, et même quand l'un d'eux se présente isolément, il suffit pour suggérer au médecin un vague soupçon de grossesse, qui ne tarde pas à le mettre sur la voie du diagnostic.

Quoiqu'il en soit, — et ceci doit être la conclusion de cet article, — *en cas de doute ne jamais recourir à l'emploi de l'hystéromètre ou de traitements intra-utérins :* injections, dilatation, curettage, etc.

L.

—

ERREURS PROVENANT DE LA COINCIDENCE DE LA GROSSESSE ET D'UNE MALADIE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES.

Lorsque la grossesse coïncide avec une maladie des organes génitaux internes, elle est très fréquemment méconnue, et il est arrivé à tous les opérateurs de commettre des erreurs en pareil cas; le dr Siredey s'est attaché à en signaler les causes et à donner les moyens de les éviter.

Dans certains cas, la grossesse et la maladie de l'appareil génital se présentent simultanément au praticien lors du premier examen, et on comprend facilement que l'attention se fixe alors d'une manière exclusive sur les altérations utérines ou annexielles et que les signes de la gestation passent inaperçus.

D'autres fois, il s'agit de malades connues, déjà en traitement pour une affection génitale et qui deviennent enceintes : l'erreur est alors d'autant plus facile que les phénomènes gravidiques sont presque toujours modifiés par l'affection coexistante.

Pour ce qui concerne le premier groupe de malades, il est rare qu'une affection des organes génitaux, sauf la blennorrhagie, survienne d'emblée en coïncidence avec la grossesse; presque toujours les accidents observés sont dus à une sorte de réveil d'anciennes lésions utéro-annexielles. On assiste alors à de petites poussées de salpingo-ovarite, de métrite, et plus rarement de périmétrite, qui peuvent amener une fausse couche, mais il suffit d'un examen local approfondi pour distinguer, au milieu de ces complications, l'utérus gravide.

Quelquefois des fibromes ou des kystes ovariques latents, insoupçonnés jusque-là, prennent un développement rapide sous l'influence de la grossesse. Ils deviennent d'autant plus apparents qu'ils sont promptement entraînés dans la cavité abdominale avec l'utérus augmenté de volume. Lorsque la notion de grossesse est bien établie, le diagnostic n'en est pas ébranlé. Mais il est assez difficile de faire exactement la part de la matrice et celle de la tumeur qui s'y est surajoutée. L'accroissement du ventre n'étant plus en rapport avec l'âge présumé du fœtus, peut tromper singulièrement. Un interrogatoire minutieux et un examen local approfondi permettront de remettre les choses au point.

Pour ce qui concerne la seconde catégorie de malades, la grossesse pourra être observée pendant l'évolution d'une métrite, d'une salpingite, de corps fibreux, de kystes de l'ovaire, du cancer du col, etc.

En effet, on s'accoutume trop facilement à voir dans ces altérations génitales une cause de stérilité, au moins momentanée. Aussi, lorsque

la fécondation se produit, le médecin y songe si peu qu'il est toujours tenté de considérer comme des complications éloignées des affections utéro-annexielles les troubles digestifs ou nerveux qui en résultent. La suspension des règles n'attire guère l'attention, car si elle est moins commune que les métrorrhagies, dans les métrites, salpingo-ovarites, fibromes, etc., on l'y rencontre encore assez fréquemment pour qu'elle perde une grande partie de sa valeur séméiologique.

L'inappétence, les nausées, les vomissements, qui apparaissent dans ces conditions, sont attribués à des phénomènes réflexes d'origine génitale, ou à des complications péritoniques, ou bien, s'il s'agit de cancer, de myômes utérins, on invoque des phénomènes urémiques provoqués par la compression des uretères.

L'examen local est d'ailleurs rendu très difficile, et l'on a beaucoup de peine, dans les premiers mois de la gestation, à distinguer l'utérus gravide de l'utérus myomateux ou hypertrophié à la suite de vieilles métrites parenchymateuses.

Les déviations de la matrice ajoutent encore à la difficulté en modifiant les rapports normaux. Les rétroflexions, surtout si elles sont maintenues par des adhérences, sont fréquemment prises pour des tumeurs annexielles, ou même pour des myômes.

Comme on le voit, tout semble réuni pour compliquer la situation et rendre le problème inextricable.

Des déviations permanentes, compliquées d'adhérences, peuvent faire confondre l'utérus gravide en rétroflexion ou en flexion latérale avec diverses tumeurs annexielles.

Mais les masses tubo-ovariennes, d'origine inflammatoire, sont généralement plus diffuses, plus étalées en largeur, elle ne participent pas aux mouvements que l'on imprime au col utérin, et qui se transmettent assez nettemcnt au corps fléchi. Les petits kystes ovariques sont situés plus en dehors et en arrière, ils sont généralement mobiles, et indépendants de l'utérus

Lorsque la fécondation se produit chez une femme atteinte de cancer utérin, elle n'est possible que si la lésion est limitée au col. On constate alors, en même temps que la plupart des petits signes de la grossesse, l'accroissement régulier du corps utérin, sans voir apparaître les douleurs et les écoulements abondants qui caractérisent le cancer du corps de la matrice.

Au cours d'un fibrome, les symptômes locaux sont beaucoup plus trompeurs, et l'on peut croire à une prolifération active du myome ou à sa tranformation en sarcome, lorsque survient la grossesse; comme nous l'avons dit dernièrement, toute brusque augmentation d'un fibrome est suspecte à cet égard. On relèvera avec soin dans tous

ces cas, les moindres indices propres à faire soupçonner la grossesse; outre ceux signalés dans l'article précédent, la suppression brusque des règles succèdant à des métrorrhagies doit toujours inspirer de la méfiance. L.

—

ERREURS PROVENANT DE LA SITUATION SOCIALE DES FEMMES ENCEINTES.

Il ne se passe pas d'années que des jeunes filles nous soient adressées, ou se présentent à la clinique chirurgicale, en vue d'être opérées d'une tumeur du ventre qui est tout bonnement formée par l'utérus gravide.

Il y a en effet, comme le fait ressortir le dr Siredey, dans la troisième partie de son travail, des causes fréquentes d'erreurs résultant de la situation sociale des malades, et, dans la grande majorité des cas, si la grossesse est méconnue, c'est parce que l'on n'y songe pas.

Le praticien, fait-il justement observer, subit forcément l'influence du milieu dans lequel il se trouve, et son attention se porte d'autant moins facilement vers la grossesse que, par son âge, par les conditions de son existence, la personne qui est soumise à son examen paraît moins exposée à devenir enceinte. En présence de veuves, de femmes séparées de leurs maris, et dont on connaît la bonne réputation, en présence de jeunes filles qui vivent au milieu de leur famille, entourées de soins et de surveillance, le soupçon d'une grossesse ne vient pas à la pensée, et, s'il traversait un instant l'esprit du médecin, celui-ci n'oserait guère le laisser voir, et serait fort embarrassé pour diriger son interrogatoire de ce côté.

Dans de telles circonstances, d'ailleurs, on ne doit jamais compter sur les renseignements fournis par les patientes. Pour toutes sortes de raisons faciles à comprendre, la plupart des femmes qui ont une grossesse irrégulière, vis-à-vis des conventions sociales, cherchent à la cacher. Non-seulement elles ne font rien pour aider le médecin à découvrir la vérité, mais elles emploient tous leurs efforts à égarer le diagnostic; les unes trompent sciemment, altérant les indications, niant de propos délibéré les symptômes les plus importants; les autres cherchent en quelque sorte à se tromper elles-mêmes: elles n'accordent qu'une légère attention aux phénomènes gravidiques, bien propres à les inquiéter, et elles s'étendent avec les plus minutieux détails sur une foule de petits accidents sans importance et sans signification.

L'auteur s'occupe d'abord du cas des filles encore jeunes devenues enceintes.

Les parents, souvent alors, s'inquiétent de l'état de langueur que présente leur enfant : son aspect anémique, ses mauvaises digestions, l'inappétence, le dégoût des aliments, les malaises nerveux qui se montrent de temps à autre, font généralement dévier le diagnostic dans le sens de la chloro-anémie, que l'on rattache si volontiers à l'influence de la puberté. Comment s'étonnerait-on de la disparition des règles dans ces conditions ?

Le fer, le quinquina, l'hydrothérapie, tous les toniques à la mode, sont successivement mis en œuvre pour rétablir l'ordre dans l'organisme.

Les accidents nerveux s'aggravent-ils ? On incrimine l'hystérie, la neurasthénie, et les douches, le massage, l'électricité alternent sans succès.

Y a-t il prédominance de troubles digestifs ? On croit à une affection primitive de l'estomac.

Parfois une toux sèche, souvent d'origine réflexe, et relativement fréquente au début de la grossesse, survient, offrant à l'imagination du médecin désemparé une nouvelle hypothèse : la tuberculose. Et celle-ci paraît d'autant plus vraisemblable que la menstruation ne se rétablit pas, et qu'on voit le ventre augmenter peu à peu de volume, en même temps qu'on relève quelques phénomènes de compression ou d'irritation qu'expliquerait fort bien la tuberculose abdominale ou pelvienne.

Le médecin, conclut le dr Siredey, devra se méfier de ces fausses chlorotiques, de ces tuberculeuses sans fièvre, et de ces dyspeptiques extraordinaires.

C'est alors que l'on surveillera avec soin les seins, la ligne blanche de l'abdomen, pour y découvrir des modifications d'autant plus importantes qu'il s'agit de primipares.

L'auscultation du cœur et des vaisseaux du cou, l'examen de l'estomac, fournissent des prétextes suffisants pour que l'on puisse poursuivre ces recherches avec toute la discrétion désirable.

Les grossesses qui surviennent au voisinage de la ménopause, sont encore plus fréquemment méconnues que celles du début de la vie génitale. Il est à remarquer d'ailleurs que, généralement, les symptômes provoqués par l'utérus gravide sont moins accentués, à cet âge, que chez les jeunes femmes, de sorte que des personnes de bonne foi peuvent se tromper sincèrement sur la signification des accidents qu'elles éprouvent.

Il s'agit, souvent ici, comme précédemment, de situations irrégulières : veuves, femmes séparées accidentellement ou définitivement de leurs maris, vieilles filles, jusque-là demeurées à l'abri des séduc-

tions, toutes respectables personnes que leur âge et leurs antécédents semblent mettre au-dessus du soupçon. Mais à cette catégorie s'ajoutent aussi des femmes réellement en puissance de maris, et que vient surprendre une fécondation tardive, inespérée, et quelquefois... illégitime.

Le diagnostic différentiel se limite aux diverses affections de l'utérus et des annexes, aux tumeurs utérines et ovariennes, en particulier, et à quelques malades générales ou aux névroses ménopausiques.

Chez les personnes indemnes de toute altération génitale antérieure, les premières manifestations de la grossesse sont généralement prises pour des accidents de l'âge critique. Les femmes se plaignent de malaises vagues, de palpitations, d'essoufflements, de défaillances subites. Les digestions se font mal, l'appétit est capricieux, puis apparaissent des nausées, des vomissements, des troubles nerveux variés.

Suivant la prédominance des déterminations gastriques, cardiaques, ou nerveuses, on pourra discuter l'existence d'affections de l'estomac, du cœur et de l'appareil circulatoire, ou de simples phénomènes névrosiques.

Il est bien difficile d'éviter ces interprétations erronées durant les deux premiers mois de la grossesse, alors que le toucher vaginal ne peut fournir aucun renseignement décisif, surtout s'il s'agit de femmes qui ont déjà eu des enfants; les indices que l'on relève du côté des seins ou des téguments de l'abdomen sont également plus discutables que chez des primipares.

Plus tard, quand survient l'augmentation de volume du ventre, on croit d'autant plus facilement à des tumeurs utérines ou ovariennes, myomes, sarcomes, kystes ovariques, que la tradition attribue à la ménopause un rôle considérable sur le développement de ces tumeurs.

Répétons pour terminer que pour arriver dans tous ces cas à un diagnostic exact, il faut que le soupçon, la possibilité d'une grossesse se soit présentée tout d'abord à l'esprit du médecin. L.

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

Le dr Bonnaire a entrepris d'exposer dans la *Presse médicale* le traitement actuel de l'éclampsie puerpérale.

Il commence par dire que si tous les auteurs s'accordent aujourd'hui à voir dans l'éclampsie une toxémie, son origine essentielle n'est pas encore élucidée. L'hypertoxicité du sérum du sang des éclamptiques tient-elle à une fabrication excessive de poisons aux dépens des humeurs et tissus de l'économie? Tient-elle à un défaut

de destruction ou d'élimination, par le foie et le rein en particulier, des toxines élaborées en quantité normale par l'organisme? Tient-elle à une résorption de poisons d'origine alimentaire et produits par un fonctionnement vicieux de l'appareil digestif? Autant de points qui demeurent obscurs. De ce que, d'une éclamptique à une autre, on constate la prédominance des troubles fonctionnels et des lésions tantôt du côté du rein, tantôt du côté du foie, ou qu'on ne rencontre aucune altération anatomique localisée, on est en droit de déduire que les origines de la toxémie gravidique éclamptique sont multiples.

Mais, si l'essence de la toxémie est probablement variable, il n'en est pas de même de sa manifestation clinique sous la forme d'accès convulsifs. L'attaque d'éclampsie se caractérise, en effet, comme l'accès d'épilepsie dont elle ne diffère que par l'absence presque constante d'aura et de cri initial, par la succession en ordre immuable des trois phases d'invasion, de convulsions toniques et de convulsions cloniques. Quant à la marche de l'état de mal éclamptique, c'est-à-dire au nombre, à la violence, à la durée, à l'intensité du coma consécutif, rien n'est plus variable. Il n'y a même point de proportionnalité absolue entre la violence et la fréquence des attaques d'éclampsie et la gravité de la toxémie. L'éclampsie est, comme a dit Tarnier, une maladie à surprises.

L'auteur partage en quatre chapitres les indications du traitement:

1° *Prophylaxie de la toxémie.* — Il y a lieu d'interdire le mariage et la grossesse chez les femmes atteintes de maladies dyscrasiques, tout spécialement du mal de Bright, qui prédisposent à l'éclampsie, mais on ne dispose pas de moyens éprouvés pour prévenir la toxémie chez les femmes enceintes.

2° *Prophylaxie des accès d'éclampsie dans la toxémie confirmée.* — Il est rare que l'éclampsie éclate brusquement sans que des phénomènes morbides décèlent la toxémie au préalable et sans, par conséquent, qu'un traitement prophylactique des accès ne puisse être établi.

De tous les prodromes, celui qui apparaît habituellement le premier en date, et qui est le plus constant, c'est l'albuminurie. Son absence dûment constatée par des examens d'urine régulièrement réitérés, doit être considérée comme une anomalie. Charpentier a puréunir 141 observations d'éclampsies sans albuminurie.

Ce sont néanmoins de rares exceptions à la loi qui établit une corrélation entre l'albuminurie gravidique et l'éclampsie. C'est donc la règle première du traitement de cette affection que de réitérer attentivement l'examen des urines chez toutes les femmes enceintes, chez les primipares tout spécialement et surtout dans la seconde moitié de la grossesse.

Les autres prodromes plus tardifs, plus immédiats, sont tous sous la dépendance de l'intoxication de l'appareil cérébro-spinal; ceux qui se montrent en premier sont: les vertiges, la céphalalgie frontale, hémicrânienne ou totale, la perte de la mémoire, l'insommie avec torpeur intellectuelle, la disposition morose ou irascible du caractère; viennent ensuite, avec un degré de toxémie plus accusé, les troubles sensoriels: amblyopie, diplopie, bourdonnements d'oreille, anosmie ou hyperosmie, perversion du goût, névralgies périphériques et fourmillements dans les extrémités. L'invasion de l'éclampsie est imminente quand apparaissent les vomissements, la dyspnée sans signes stéthoscopiques, et surtout la douleur épigastrique intolérable.

Dès que la présence de l'albumine est reconnue dans l'urine de la femme enceinte, alors même que sa quantité ne dépasse pas quelques centigrammes par litre, et qu'il n'existe encore aucun trouble nerveux, la règle de traitement qui s'impose, indiscutable, est l'instauration d'emblée du *régime lacté absolu*, dont l'efficacité a été reconnue par tout le monde comme merveilleuse.

Si outre l'albuminurie, il y a quelques-uns des autres prodromes indiqués plus haut, on joindra à la diète lactée les moyens destinés à combattre la toxicité du sang, dont il sera question plus loin.

3° *Traitement de l'attaque de l'éclampsie.* — Pendant un accès, parer à la morsure de la langue, l'auteur décrit la façon suivante de procéder; on prend une compresse un linge quelconque replié en trois ou quatre doubles; on le saisit solidement à pleines mains, les pouces en dessus, et on le tient horizontalement tendu sur une étendue de quinze à vingt centimètres d'un poing à l'autre. Au moment où la bouche s'entr'ouvre, on y glisse rapidement cet écran et on emprisonne la langue au-dessus; on refoule hardiment les deux commissures labiales en arrière, et, pour maintenir la langue immobile, on rabat les deux mains à droite et à gauche du maxillaire inférieur.

Il s'agit surtout de prévenir le retour des accès.

Avant tout, soustraire la femme à toutes les excitations du dehors.

En fait de thérapeutique, le dr Bonnaire présente l'*inhalation de chloroforme* comme le seul traitement capable à la fois de juguler les accès de l'éclampsie, et d'en prévenir le retour, mais, pour obtenir ce dernier résultat, il faut que l'agent anesthésique soit administré de façon non interrompue et à dose résolutive, pendant des heures entières.

On a reproché à cette façon de faire, de surajouter à la toxémie spontanée une véritable intoxication médicamenteuse et puis, on reste ainsi sans renseignements pour apprécier le moment où l'état de mal a pris fin et où il convient de suspendre la narcose.

Pour ces raisons, on n'emploie guère aujourd'hui le chloroforme que *par inhalations intermittentes*. Au moment précis où apparrissent les premières trémulations des muscles faciaux, indices précurseurs de l'invasion de l'attaque, on sidère, en quelque sorte, le système nerveux au moyen d'une dose massive de chloroforme. Aux cas où l'accès n'est pas entièrement arrêté dès son début, il est toujours très atténué dans sa durée et son intensité. Cette manière d'administrer le chloroforme exige de la part du médecin une surveillance plus méticuleusement attentive que la précédente; par contre, elle offre l'avantage de réduire de beaucoup la quantité d'anesthésique à employer. L'indication de l'emploi du chloroforme est absolue pour tous les cas d'éclampsie, même lorsqu'il s'agit d'une femme cardiaque. On peut y recourir sans crainte: c'est un fait d'observation bien connu de tous les accoucheurs, que la femme en état de puerpéralité supporte le chloroforme avec une aisance toute spéciale.

Le médicament qui compte avec le chloroforme, d'après l'auteur, comme le meilleur spécifique contre les attaques d'éclampsie, est le *chloral*. On l'administre prophylactiquement dès qu'apparaissent les menaces, c'est à-dire les prodromes de l'état de mal; on l'administre dans l'intervalle des accès, et, encore, une fois l'état de mal terminé, pour diminuer les troubles nerveux qu'il laisse souvent à sa suite. La dose totale de ce médicament varie de 4 à 12 grammes pour les vingt-quatre heures. Les légers troubles d'intoxication qu'il détermine parfois (sopor, exanthèmes) ne doivent compter pour rien eu égard à son efficacité.

On l'administre par la *voie buccale*, lorsque la malade est assez consciente et assez docile pour l'accepter en potion ou en sirop. Pendant l'état de mal, on a coutume de le faire absorber par la *voie rectale*. Pour éviter les inconvénients liés à son action irritante sur muqueuses, on le prescrit à la dose de 4 grammes dissous dans 200 grammes de lait additionné d'un jaune d'œuf.

Le dr Bonnaire n'aime guère ce mode d'administration, le lavement étant rarement conservé en entier, il devient très difficile d'apprécier à quelle dose le médicament a été absorbé. Lorsque la malade ne peut avaler le chloral, il l'introduit directement dans l'estomac en le mélangeant au lait *par la voie du gavage*.

L'opium et la morphine ont aussi des partisans: les bromures sont insuffisants, et, quant aux inhalations d'éther, il faut les proscrire, parce qu'elles aggravent la suffocation propre aux accès, en provoquant l'hypersécrétion bronchique.

Les *grands bains, tièdes et prolongés*, atténuent de leur côté l'hyperexcitabilité du système nerveux.

4° *Traitement de la toxémie.* — Le but est de débarrasser l'organisme des toxines qui l'encombrent; pour cela, il y a surtout les moyens mécaniques : ce sont les *purgatifs*, les *diurétiques*, les *diaphorétiques*, et la *saignée*.

Tarnier, reprenant une ancienne médication, a conseillé encore en 1897, l'huile de ricin, à la dose d'une cuillerée à potage additionnée d'une goutte d'huile de croton. On l'administre, en la réitérant au besoin, soit dans la période prééclamptique, soit au cours de l'état de mal lui-même. On pourrait tout aussi bien recourir aux purgatifs salins, n'était leur rapidité d'action moindre.

Comme diurétique et en même temps pour rendre aux reins leur pouvoir excréteur des toxines, le dr Bonnaire insiste sur l'utilité du régime lacté et conseille de l'appliquer avec la même rigueur qu'avant l'attaque; il va jusqu'à donner par jour 6 litres de lait.

Comme les femmes éclamptiques ne sont guère disposées à ingérer une pareille quantité de lait, il recourt à la sonde œsophagienne. Toutes les trois heures environ, on introduit dans l'estomac trois quarts de litre de lait bouilli, additionné de substances médicamenteuses, chloral ou antiseptiques intestinaux qu'il convient d'administrer à doses fractionnées. Au cas, très rare d'ailleurs, où le gavage est suivi de vomissements, il effectue au préalable le lavage de l'estomac à l'eau de Vichy.

L'élimination des toxines par la sueur est trop restreinte pour qu'on puisse espérer suppléer suffisamment par la diaphorèse à l'insuffisance de l'urination. Les grands bains réchauffés peuvent être donnés cependant à ce titre avec quelque avantage, mais l'emploi des diaphorétiques médicamenteux, de la pilocarpine en particulier, a donné de graves déboires en raison des congestions pulmonaires qu'ils déterminent.

La saignée, pratiquée depuis longtemps à titre d'antiphlogistique et de décongestif, réalise le meilleur mode de désintoxication mécanique. Tandis que quelques auteurs, comme Budin, ne la considèrent comme indiquée qu'aux cas où il existe une forte hyperthermie et des phénomènes congestifs intenses, Tarnier en recommande l'emploi systématique chez toutes les éclamptiques. La quantité de sang à extraire varie de 300 à 500 grammes. Chez les femmes pléthoriques, alors qu'une première phlébotomie n'a amené qu'une sédation insuffisante dans l'état de mal, on peut renouveler la saignée. Toutefois, il faut se garder de tomber dans l'excès, comme faisait Depaul, en multipliant les saignées.

Nous laissons de côté la question de la conduite obstétricale à tenir dans l'éclampsie. L.

—

DU PRONOSTIC DE LA TACHYCARDIE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Il est bien connu, et, en ce qui nous concerne, nous n'avons jamais trouvé ce signe en défaut, que la tachycardie est un symptôme de mauvais augure dans la tuberculose pulmonaire.

Par rapport à la fréquence du pouls, un article du dr Sirot partage les malades en plusieurs catégories.

1° Certains tuberculeux, malgré des lésions pulmonaires étendues, des crachats purulents, une caverne, apyrétiques, avec pouls normal vivent nombre d'années, poursuivant méthodiquement, avec lenteur, toutes les phases de la maladie, pour finir dans le marasme et l'hecticité. D'autres ont des accidents laryngo-bronchiques sur la nature desquels il n'y a pas de doute, avec apyrexie, pouls normal, et qui depuis 9 ans, par exemple, ont vu leur maladie s'aggraver, il est vrai, mais très lentement, car ils peuvent encore, après ce long espace de temps, travailler toute une journée : ils suivent généralement toutes les phases dites classiques pour finir, eux aussi, dans la consomption.

Il est ainsi légitime de conclure que l'apyrexie et la normalité du pouls sont une présomption ou que le malade peut guérir ou qu'il peut vivre pendant un temps indéterminé relativement assez long, en bonne harmonie avec sa tuberculose. Il est probable qu'il mourra classiquement.

2° Un pouls dissocié d'avec la fièvre est une présomption que la maladie peut évoluer lentement, malgré cette fièvre; qu'elle pourra être soumise à des oscillations de pyrexie et d'apyrexie avec arrêts temporaires dans l'évolution. Le malade a, dans ce cas, bien des chances aussi de mourir classiquement.

2° Certains tuberculeux n'ont que des accidents légers, des craquements disséminés aux sommets; le diagnostic posé est : tuberculose probable au 1er degré; ils sont apyrétiques, mais le pouls est fréquent, 90, 100, 110; au moindre effort, il s'élève et s'accompagne d'essoufflement. Deux, trois, quatre mois après ces constatations, la maladie a marché; l'auscultation révèle des dommages sérieux qui ne laissent plus aucun doute sur le diagnostic. La température a peu varié, malgré l'expectoration et quelques hémoptysies légères; 37°7 est une température maximum du soir, mais le pouls donne 100 le matin, et le soir va jusqu'à 120. Ces malades finissent par une syncope, ils sont tués par le cœur bien plus que par le poumon. Le pouls peut atteindre 160 et plus.

D'autres ne présentent aucun phénomène stéthoscopique, mais le clinicien, d'après l'état général de ses malades, d'après les antécédents :

tare tuberculeuse familiale, pleurésie, bronchites fréquentes, hémoptysies passagères, etc., se dit : tuberculose. Le pouls varie de 90 à 100, 110, il y a léger augment dans la température vespérale qui cependant n'est pas fébrile, 36°9 le matin, 37°7 ou 37°8 le soir. Chez ces tuberculeux, la maladie évolue rapidement; ils finissent soit par le cœur, soit par le cœur et le poumon, suivant que le processus a été suppuré ou granulique.

D'où la conclusion : l'apyrexie avec un pouls fréquent, tachycardique, est une présomption que la maladie marchera rapidement, que la fièvre se réveillera pour en activer l'évolution et que le malade aura bien des chances de mourir par syncope, alors que la lésion pulmonaire ne légitimera pas encore aux yeux du médecin une issue prochaine.

3° D'autres tuberculeux enfin sont à la fois fébriles et tachycardiques; chez eux la question paraît vite jugée, cœur et poumon marchant pour ainsi dire de front pour précépiter le malade vers l'issue fatale.

En résumé, la tachycardie est toujours l'indice d'une issue fatale à échéance relativement courte.

Les drs Durand et Mongour se sont livrés également à des recherches sur la valeur séméiologique et pronostique de la tachycardie.

Ils ont classé les sujets en deux catégories : la première comprenant les tuberculeux à marche rapide; la tachycardie existe alors sans aucune exception : atteignant dès le début 90 et 100 pulsations, elle s'élève rapidement à 120 pour osciller définitivement de 120 à 140; la courbe thermique est dans la grande majorité des cas parallèle à celle des pulsations.

La seconde catégorie comprend les tuberculeux à marche lente, mais parmi ceux-ci, les uns sont apyrétiques, les autres fébriles.

Dans le type apyrétique, quelle que soit l'étendue de la lésion, la i tuation est grave, aussi favorable que puisse paraître l'hypothermie, si la courbe du pouls oscille au-dessus de 100 pulsations.

Au contraire, les apyrétiques à pulsations lentes supportent généralement bien le poids de leur tuberculose. Ils conservent l'appétit, ne maigrissent pas, ou même augmentent de poids. On peut admettre, en règle générale, qu'ils ne présentent pas de sueurs nocturnes.

Dans la forme fébrile, quel que soit le type de la fièvre, les sujets à pouls ralenti mènent généralement à bien leur tuberculose. Tous ne guérissent pas évidemment, mais chez tous on peut pronostiquer à coup sûr une marche lente de l'affection et envisager la possibilité d'une guérison. Au contraire, les fébricants tachycardiques sont fatalement condamnés à mort dans un délai rapproché, mais qui peut varier de quelques jours à deux mois.

On voit, en somme, quelle est, au point de vue du pronostic, l'importance de la tachycardie, puisqu'isolée du groupe complexe des signes physiques et fonctionnels, des symptômes généraux de la tuberculose, elle permet, presque à coup sûr, de reconnaître les formes curables ou à évolution retardée. Elle constitue pour le clinicien un élément de pronostic autrement fidèle que la courbe thermique.

L.

—

PRONOSTIC DE LA TACHYCARDIE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Comme dans la tuberculose pulmonaire, la fréquence du pouls est un élément important de pronostic dans la fièvre typhoïde.

Prenons d'abord les conditions normales qui diffèrent dans cette affection, essentiellement fébrile, de celles de la phtisie : la règle, dans une fièvre typhoïde, est d'avoir, avec une température de 40 à 41°, un pouls qui ne dépasse pas 100 pulsations.

Même avec une température très élevée (41°), le péril est médiocre, tant que le pouls ne dépasse pas 100 pulsations et conserve une certaine force. Mais si le nombre des pulsations atteint on dépasse 120, quel pronostic doit-on porter?

Liebermeister a donné les chiffres suivants pour indiquer le rapport qui existe entre la gravité du pronostic et l'accélération du pouls :

Lorsque le nombre des pulsations atteint 140, il y a 50 décès pour 100 : au-delà de 150, il y en a 90 pour 100. Ces chiffres concernent les adultes.

D'après les observations recueillies par Willaume, dans les cas où la mort s'est produite, onze fois sur dix-sept le pouls monte au-dessus de 140 et s'y maintient; dans plusieurs cas, il atteint 184, 188; le pronostic est donc très grave quand le pouls dépasse 140 pulsations et s'y maintient.

M. de Sourouvre croit que tous ces chiffres sont un peu trop absolus et qu'il faut tenir compte non seulement de l'accélération du pouls, mais aussi des autres signes qui accompagnent la tachycardie.

Il paraît établi dans tous les cas, que toutes les fois qu'on notera plus de 120 pulsations, même dans une forme de fièvre typhoïde qui semble évoluer normalement, alors même qu'on ne trouve rien au cœur, il faudra réserver le pronostic et examiner l'organe central de la circulation avec soin, chaque jour, car une complication cardiaque est à prévoir.

Il ne serait cependant pas prouvé que l'accélération du pouls dans la fièvre typhoïde au-delà d'une certaine limite soit toujours, comme l'a prétendu en particulier Hayem, l'indice d'une myocardite; le

dr Ruel, après avoir réuni bon nombre de faits, pense que la fréquence de la myocardite typhoïdique a été considérablement exagérée. En effet, la tachycardie que l'on observe dans la dolhiénentérie est le plus souvent le résultat de l'action des toxines, produites par le bacille d'Eberth, sur les centres de l'innervation cardiaque et vasculaire; il y a à la fois paralysie du centre modérateur du cœur et hypotension sanguine par paralysie de la tunique contractile des artérioles.

Cet auteur est d'avis qu'il faut tenir compte non-seulement de l'accélération du pouls, mais aussi d'autres signes : état du pouls, force et régularité des bruits du cœur, manifestations ataxo-adynamiques, hypotension artérielle, de l'état des poumons, de la marche de la température. Alors même que la tachycardie dépasse 140, mais coïncide avec la vigueur du cœur, sans symptômes ataxo-adynamiques, et surtout si cette tachycardie n'est que passagère, le pronostic ne cesse pas d'être favorable.

Lorsque la tachycardie ne s'accompagne plus seulement de la faiblesse du pouls, mais que les bruits du cœur ont de la tendance à devenir irréguliers, à prendre le rythme fœtal, l'hypotension artérielle étant extrêmement prononcée et l'adynamie profonde, le pronostic devient très grave, sinon fatal. La mort a lieu le plus souvent par collapsus cardiaque et l'on voit apparaître alors tous les signes de l'adynamie du cœur décrits par Wunderlich. Quelquefois, la mort survient dans une syncope.

Plusieurs observations publiées dans ces dernières années prouvent que les malades peuvent guérir, alors même qu'ils sont arrivés à la période de collapsus; il ne faudrait donc pas, dans ces cas extrêmement graves, abandonner les malades, mais recourir aux moyens énergiques. L.

—

PRONOSTIC DU POULS ET DE LA TEMPÉRATURE DANS LA PNEUMONIE.

Alors que nombre d'auteurs présentent comme exceptions les cas de pneumonie avec une température de 41° à 42°4, suivis de guérison, le dr Fiessinger, appuyé sur ses observations, prétend qu'au lieu de constituer un facteur de gravité, cette température excessive assure, au contraire, une guérison fréquente.

C'est ainsi qu'alors que les pneumonies du 38° à 39°5 ont une mortalité de 23,07 p. c., et celles de 39°5 à 41° une proportion de décès de 19,85 p. c., celles qui atteignent ou dépassent 41°, n'ont que 13,83 p. c. de cas malheureux, ces chiffres étant fournis par un total de 164 observations.

Cette hyperthermie serait en effet un signe de réaction vigoureuse opposée à une infection grave. Il n'y a donc pas lieu de s'en effrayer outre mesure quand du reste les autres signes pronostiques sont favorables.

Les symptômes de la pneumonie à hyperthermie excessive ne diffèrent d'ailleurs pas essentiellement de ceux de la pneumonie classique. Les symptômes généraux y sont plus marqués et les symptômes pulmonaires apparaissent parfois plus tardivement, mais la défervescence s'opère comme d'habitude et il n'y a pas d'indication thérapeutique particulière.

L'association des variétés de pouls aux différentes températures est surtout importante à étudier au point de vue du pronostic.

D'un tableau dressé par le dr Donier dans sa thèse, il résulterait que la pneumonie est tout à fait bénigne dans un cas : quand le pouls est lent, bien rythmé et la température basse, ce qui, en dehors de toute complication cardiaque antérieure, dénote une infection faible. Il démontre que la pneumonie est relativement bénigne quand la température est très élevée et le pouls lent, plus grave quand la température est élevée et le pouls rapide. Dans ce dernier cas l'infection est forte et, si le malade y succombe, tout ce qu'on peut dire, c'est que sa réaction a été insuffisante par rapport à l'infection. Au contraire, la pneumonie est tout à fait grave quand une température basse s'accorde avec un pouls rapide, car l'infection est très forte en semblable occurrence et la réaction à peu près nulle. L.

LA MORT SUBITE DANS LA PNEUMONIE.

Au cours de la pneumonie, on observe la mort subite dans deux conditions différentes, ainsi que l'expose le dr Lefournier.

Le plus souvent, c'est dans les pneumonies latentes; l'affection est alors si peu accusée qu'elle est méconnue; c'est ce qui arrive surtout chez les vieilles femmes et les aliénés. En parlant des premiers, Hourmann et Dechambre ont écrit : « Dans quelques cas, nos vieilles femmes ne se plaignent même pas de faiblesse, ni de malaise. Elles ne demandent pas à venir à l'infirmerie, personne dans leur dortoir, ni surveillants, ni filles de service, ni voisines, n'aperçoivent de changement dans leur position. Elles se lèvent, font leur lit, se promènent, mangent comme à l'ordinaire, puis elles se sentent un peu fatiguées, se penchent sur leur lit et expirent. C'est là une des morts dites subites, de vieillesse à la Salpêtrière. On ouvre les cadavres et l'on trouve une grande partie du parenchyme pulmonaire en suppuration.» Comme exemple, Hourmann et Dechambre parlent de faits remarquables qui se sont passés sous leurs yeux sur des femmes reçues

primitivement pour des maladies tout à fait étrangères au poumon et dont elles étaient guéries.

Ils citent l'observation d'une vieille femme qui était entrée à l'hôpital pour une simple indigestion. Au moment de la visite, cette vieille femme parlait gaiement, et pour prouver son bon appétit, triturait à grand effort de mâchoires un biscuit de Reims. La visite n'était pas terminée qu'on annonçait que cette femme mourait. A l'autopsie, le poumon droit fut trouvé en pleine suppuration dans toute l'épaisseur de son lobe inférieur. . . . . .

Ce n'est pas seulement chez les vieillards que se développent ces inflammations sourdes du tissu pulmonaire, ces pneumonies latentes à symptômes nuls ou très peu accusés qui font périr tout d'un coup; elles peuvent également atteindre des individus jeunes et qui jouissent en apparence d'une santé parfaite.

Dans les cas plus rares, la mort subite arrive dans une pneumonie à allures franches. L'auscultation, la courbe thermique, ainsi que tous les autres signes, sont normaux; la maladie suit son cours sans faire prévoir la terminaison brusque imprévue. Au contraire, c'est au moment où la température commence à baisser, où le malade se sent mieux et réclame à manger, alors que la convalescence s'annonce que, tout d'un coup, il meurt après quelques mouvements convulsifs.

Ce mode de terminaison de la pneumonie n'est pas en général facile à interpréter. Ce qu'on peut dire, c'est que c'est à une période avancée de la maladie que la mort subite arrive. Elle correspond à la période d'hépatisation grise.

Toujours la lésion prédominante est la lésion pulmonaire. Il y a intégrité presque absolue des autres organes.

On ne peut incriminer aucune localisation. En général on a affaire à une pneumonie qui semble bénigne.

Dans toutes ces observations, cependant, l'effort semble avoir joué un rôle important dans la production de la mort subite ; à coup sûr, celle-ci n'est pas due à la myocardite. L.

LA DIÈTE HYDRIQUE DANS LES GASTRO-ENTÉRITES DES NOURRISSONS.

En raison de son importance pratique, le dr Marfan vient d'insister de nouveau sur l'utilité de cette médication.

On a cru longtemps et, c'est une erreur très accréditée encore dans le public, qu'il était dangereux de priver le nourrissons de nourriture même pendant un très court laps de temps; ce que le nourrisson supporte mal en réalité, c'est l'abstinence d'eau, bien plus que l'abstinence de lait; d'où, la nécessité, quand on le met à la diète, de

remplacer le lait par une quantité au moins équivalente d'eau bouillie.

Dans la gastro entérite aiguë grave, il faut, dès le début, recommande l'auteur, supprimer toute alimentation et ne donner que de l'eau pure. Si l'on continue à faire prendre du lait ou un autre aliment, on voit les vomissements persister, la diarrhée s'aggraver et l'état général s'altérer de plus en plus; c'est que, dans ces cas, toute substance alimentaire introduite dans le tube digestif se putréfie, sert à exalter la virulence des microbes qui s'y trouvent et donne naissance à des poisons.

Seule, l'eau pure pourra être ingérée sans inconvénient.

L'usage exclusif de l'eau a pour effet principal de supprimer les putréfactions gastro-intestinales; en outre, l'eau laisse reposer l'estomac et l'intestin; elle calme la soif, souvent très vive; elle obvie à la déshydratation des tissus, toujours très marquée; elle maintient la diurèse, si nécessaire pour l'élimination des toxines.

L'eau sera stérilisée par une ébullition de quelques minutes; elle sera donnée à la température ordinaire, ni glacée ni chaude, en quantité aussi abondante que l'enfant le désire, en moyenne 50 grammes toutes les demi-heures; n'ajouter un peu de sucre que s'il ne prend pas volontiers l'eau pure, surtout s'abstenir d'eau albumineuse, qui par sa facile putréfaction, aggraverait les accidents.

La diète hydrique est suspendue après 24 heures, si les symptômes de l'affection gastro-intestinale sont en voie d'amendement, prolongée encore pendant 12 ou 24 heures dans le cas contraire.

Le dr Marfan signale aussi de nouveau l'utilité des *injections hypodermiques d'eau salée*, des *bains chauds* à 35° ou 36°, d'une durée de cinq à dix minutes, donnés deux à quatre fois par jour. Ces bains apaisent le système nerveux et sont suivis d'ordinaire d'un sommeil calme; ils régularisent la température, exercent une action révulsive sur la peau et favorisent la diurèse.

Rappelons aussi la préparation suivante à administrer, dans le cas où la tendance à la diarrhée persiste.

Racine de Colombo	1 gramme.
Eau bouillante	100 grammes.

Passez et ajoutez :

Sous-nitr. de bismuth	4 grammes
Sirop de fleurs d'oranger	20 grammes.

Une cuillerée à café un peu avant chaque tétée. L.

LA MORT SUBITE DES NOURRISSONS.

Un travail du dr Berthold rappelle l'attention sur le fait suivant connu depuis un certain nombre d'années : un enfant (le plus sou-

vent âgé de moins de deux ans) parfaitement bien portant, sans présenter aucun symptôme précurseur quelconque, est frappé subitement, tantôt dans son lit, tantôt pendant qu'il est debout, qu'il joue, etc. A l'autopsie on ne trouve rien; pas d'altérations ou modifications quelconque dans les voies respiratoires (trachée et larynx notamment), ni dans le cœur, ni dans le cerveau; en un mot, rien qui puisse expliquer cette mort subite, sinon une hypertrophie simple, plus ou moins considérable du thymus. Quelquefois, cependant, la mort est précédée d'une période généralement très courte de dyspnée, d'accès d'asphyxie. Cette hypertrophie thymique est rarement diagnostiquée pendant la vie, car elle atteint rarement des proportions considérables, elle est le plus souvent une trouvaille d'autopsie. Il arrive quelquefois que devant ces morts foudroyantes, où l'autopsie ne révèle rien, des gardes, des bonnes d'enfants sont accusées d'assassinat.

A côté de l'hypertrophie du thymus, il y a deux autres causes de mort subite chez des enfants bien portants : le spasme de la glotte (chez les rachitiques) et l'extension brusque de la tête en arrière.

Dans cette position, il arrive en effet que la trachée se trouve comprimée entre la colonne vertébrale et le sternum et le thymus, surtout s'il y a hypertrophie de cet organe, ou bien si la tête est relativement énorme, comme chez les rachitiques. L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 26 novembre 1898.

Rapport sur le mémoire de M. S.Vreven : *Contribution à l'étude des principes mydriatiques tirés des solanacées.* — M. Blas, Rapporteur.

Dans une note antérieure, l'auteur a décrit un nouveau procédé de différentiation de l'atropine et de l'hyosciamine. Le travail actuel a plus spécialement trait aux réactions microchimiques que les autres alcaloïdes mydriatiques fournisssent sous l'action de l'acide picrique et avec le réactif de Marmé. M.Vreven démontre, dit M. Blas, que par l'emploi judicieux de ces deux réactifs, en se basant sur les formes cristallines des précipités qu'ils produisent, on peut reconnaître et distinguer l'atropine d'une part, de l'hyosciamine, de la daturine et de la duboisine (cristallisée) d'autre part; il constate en outre que les précipités que donnent ces trois derniers alcaloïdes avec l'iodure cadmico-potassique sont tout à fait semblables entre eux, et apporte ainsi une nouvelle preuve de leur identité. »

Le mémoire de M.Vreven renferme l'exposé de recherches originales et de faits nouveaux, et sera publié dans le *Bulletin.*

1. *Sur la disparition du sang des poisons y injectés*; par M. Heymans, Correspondant.

La période latente d'intoxication comprend d'abord le temps que met le poison à aller du lieu d'appilcation jusque dans les cellules sur lesquelles il agit, et ensuite le temps qu'il doit agir sur les cellules avant de modifier leurs fonctions d'une manière sensible.

La valeur du premier temps peut être déterminée de la manière suivante : on injecte dans une veine la dose simplement, mais sûrement mortelle d'un poison; après des intervalles de plus en plus longs, on pratique une ou plusieurs saignées maximales en réparant immédiatement la perte sanguine par la transfusion d'une quantité correspondante de sang normal. Si le poison se trouve encore dans le sang au moment de la saignée, il sera soustrait partiellement; dès lors, la dose mortelle n'étant plus atteinte, l'animal ne mourra pas et présentera seulement une intoxication proportionnelle à la quantité de poison disparu du sang.

Les expériences instituées sur le lapin démontrent, dit M. Heymans, que pour les nitriles malonique, succinique et pyrotartrique, la dose mortelle a quitté la circulation après deux à six minutes; par conséquent, si ces nitriles tuent après des intervalles variables, c'est qu'ils développent leur action cellulaire avec une rapidité différente.

Malgré la durée si considérable de la période latente d'intoxication des toxines, celles-ci empoisonnent les cellules encore plus rapidement que les nitriles; la soustraction de deux tiers du sang immédiatement après l'injection intraveineuse de la dose simplement mortelle de tétanine ou de toxine diphtérique n'empêche pas l'animal de mourir tout aussi vite (après vingt-quatre ou quarante-huit heures) qu'un animal témoin. Par conséquant, la désintoxication par les sérums se passe généralement dans les cellules; la toxine qui immunise agit également dans les cellules, et d'autre part le « lavage du sang » paraît n'avoir aucune influence sur l'élimination des toxines.

Par contre, la dose simplement mortelle de venin. tout en tuant après une à deux heures, n'a pas encore complètement disparu du sang cinq à sept minutes après l'injection intraveineuse; la saignée pratiquée à ce moment peut encore sauver l'animal. Le temps d'absorption et le temps d'action cellulaire sont donc en rapport inverse avec la période latente d'intoxication du venin d'une part, de la tétanine ou de la toxine diphtérique d'autre part.

Exposé de faits, avec leurs déductions, consécutifs aux opérations dirigées contre les névralgies; par M. Dandois, Correspondant.

M. Dandois commence par décrire les étapes successives que la chirurgie a parcourues à la poursuite de la guérison des névralgies du trijumeau, dans le but de mettre deux faits en évidence; le premier est que ces névralgies sont généralement d'origine centrale, le second que les interventions sur les nerfs les améliorent néanmoins presque toujours.

Il se demande alors comment la chose a lieu et il cherche à montrer que les opérations pratiquées sur les nerfs ou à la périphérie agissent favorablement dans les névralgies, en provoquant dans les ganglions d'origine des nerfs des phénomènes de réaction ou de dégénérescence.

S'appuyant sur les faits cliniques, il émet l'avis que ces phénomènes sont passagers en général, de telle sorte que la récidive de la névralgie coïnciderait avec la réparation des altérations du ganglion.

Dans cet ordre d'idées, il se croit autorisé à dire que les résections nerveuses ne doivent pas être, dans la thérapeutique des névralgies, préférées *a priori* aux simples sections nerveuses, et il rapporte des faits singuliers, observés par lui, pour en déduire au profit de la chirurgie des névralgies, de nouvelles et heureuses applications

Finalement, il résume sa communication dans les conclusions suivantes :

1° Le siège presque constant des névralgies est le ganglion d'origine du nerf; il en résulte que l'extirpation du ganglion constitue habituellement le seul procédé opératoire fournissant une guérison radicale;

2° Si les sections et les résections du nerf procurent cependant, sinon la guérison, au moins un effet utile incontestable dans les névralgies, c'est en provoquant une réaction à distance dans le ganglion;

3° Cette réaction peut être considérée comme passagère, le ganglion et le bout central du nerf récupérant leur intégrité après un temps déterminé, comme le laissent supposer la récidive de la névralgie d'une part, et la possibilité de retrouver, au moyen d'une nouvelle opération pratiquée sur le bout central, d'autre part, le même effet utile pour la première fois;

4° Abstraction faite de l'intensité de la réaction produite dans le ganglion et, par conséquent, de la somme d'effet utile obtenu, le genre de trauma subi par le nerf a peu d'importance; pour cette raison, les simples sections nerveuses sont préférables en principe aux résections étendues, parce qu'elles laissent le nerf périphériquement accessible à des interventions ultérieures;

5° Pour la même raison, il n'est pas nécessaire que le trauma porte sur le tronc nerveux; il suffit, pour obtenir la réaction dans le ganglion et l'effet utile sur la douleur, qu'il soit exercé sur les terminaisons les plus périphériques du nerf;

6° Il n'est pas même nécessaire que le trauma soit exercé dans le domaine du nerf qui est le siège de la douleur; il suffira souvent qu'il soit exercé dans le domaine d'un autre nerf, pourvu que celui-ci tire son origine du même ganglion, ou même dans le domaine autrefois innervé par le nerf malade et ayant perdu ses connexions avec lui à la suite d'une précédente opération;

7° Ces dernières notions, pourront être mises à profit dans les névralgies rebelles et à récidives fatales de manière à rendre exceptionnelle l'indication de l'enlèvement du ganglion qui restera toujours délicate et dangereuse.

— Les communications de MM. Heymans et Dandois seront insérées au *Bulletin*.

M. Van Bastelaer est nommé Président pour l'année 1899 et de la Commission de comptabilité.

MM. Depaire, Janssens et Sacré, sont élus membres.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

La syphilis est une des principales sources des maux qui affligent et dégradent l'humanité.

Ainsi débutaient les notes sur les maladies vénériennes, que notre maître, le professeur Hairion, nous dictait sous forme d'aphorismes, il y a vingt ans.

Combien cette sentence serait mieux justifiée aujourd'hui !

Depuis cette époque, en effet, l'importance de la syphilis comme agent nosologique n'a cessé de grandir ; dans le domaine de la pathologie nerveuse notamment, elle élève, chaque année pour ainsi dire, des revendications nouvelles ; naguère, les cliniciens se mettaient à peu près d'accord pour lui accorder un droit exclusif sur le tabes ; plus tard, ils lui ont abandonné un nombre de plus en plus grand des scléroses cérébrales, des ramollissements, des hémiplégies ; plus récemment, ils l'ont admise à disputer à l'alcoolisme une part importante des cas de paralysie générale et d'autres affections mentales.

Je ne soulèverai pas ici, pour achever de démontrer la grave importance de mon sujet, la question de savoir s'il est exact, comme d'aucuns le prétendent, que la syphilis augmente sans cesse de fréquence ; certes, les épidémies de syphilis qui ont désolé le moyen âge ne se rencontrent plus de nos jours, et peut-être en est-il de la syphilis comme du cancer, qui deviendrait également, affirme-t-on, de plus en plus commun ; si on trouve plus de cas de syphilis, c'est parce qu'on est mieux armé pour la dépister sous ses apparences si souvent trompeuses.

Je ferai observer cependant qu'il existe des facteurs relativement modernes, et dont la puissance va grandissant, de propagation de la syphilis : le développement inouï des moyens de transport, l'accroissement prodigieux des agglomérations urbaines, l'augmentation incessante des armées.

Ne perdons pas de vue non plus qu'un sujet atteint de syphilis reste en général syphilitique pendant toute la durée de son existence et

que, pendant un nombre d'années dont on a considérablement élevé le chiffre dans ces derniers temps, il est exposé à répandre la maladie autour de lui ; nous comprendrons ainsi comment des cliniciens dignes de foi ont pu trouver jusqu'à 22 p. c. de sujets atteints ou suspects de syphilis, parmi les consultants des cliniques pour maladies générales dans les grandes villes.

Heureusement, il n'existe pas dans toute la pathologie d'affection contre laquelle l'action médicamenteuse s'affirme avec autant de puissance que contre la syphilis.

« Entrez aujourd'hui dans un service quelconque de syphilitiques, a écrit Fournier, et voyez ce qui s'y passe. Vous y trouverez 20, 30, 40 malades en voie de traitement pour des accidents spécifiques de tout ordre, syphilides cutanées ou muqueuses, iritis, périostites, exostoses, céphalée, névralgies, paralysies, lésions viscérales, hémiplégie, aphasie, etc. Revenez dans quinze jours ou un mois revoir ces mêmes malades, comparez l'état actuel à l'état où ils étaient lors de votre première visite et vous serez édifiés. »

La longue querelle entre mercurialistes et antimercurialistes a désormais pris fin et s'est terminée à l'avantage des premiers ; il n'y a plus que des médecins malhonnêtes ou des charlatans qui abusent du public, en lui promettant, au moyen d'affiches collées sur les murs des grandes villes, d'annonces publiées dans les journaux politiques ou de brochures distribuées à domicile, la guérison de la syphilis sans mercure.

Il n'est plus question aujourd'hui du *traitement abortif* de la syphilis au moyen de la cautérisation ou de l'excision du chancre, dont il a été beaucoup parlé, il y a quelques années ; Fournier a porté dernièrement sur ce sujet le jugement suivant :

La suppression du chancre bien développé, par un procédé quelconque, constitue une pratique absolument stérile relativement à la maladie, à l'infection ; quant à la suppression du chancre tout à fait jeune, n'ayant pas quatre jours, n'ayant pas apparemment réagi sur les ganglions, elle échoue également, dans l'énorme majorité des cas ; les cas exceptionnels où elle aurait réussi restent même très contestables.

Je ne poserai pas non plus la question, autrefois controversée :

faut-il traiter la syphilis? L'école de Vienne, qui a professé pendant longtemps à l'égard de la syphilis le nihilisme thérapeutique le plus absolu, a fini par se rallier à l'avis général.

Parmi les accidents syphilitiques, il y en a sans doute qui peuvent guérir spontanément, telles la plupart des manifestations secondaires, mais leur durée est notablement abrégée grâce à l'administration du mercure; il en est d'autres, tels la plupart des accidents tertiaires, qui, sans le mercure, se termineraient par la destruction d'organes ou même fréquemment par la mort.

Mais, si les plus récalcitrants ont été forcés, devant l'évidence des faits, de reconnaître l'utilité du mercure dans la syphilis, il existe encore des divergences considérables à propos de la façon d'agir et du mode d'administration du remède; aussi, me suis-je laissé persuader qu'une étude sur ce sujet serait bien accueillie par les lecteurs de la *Revue*.

La question que je soulève tout d'abord, parce qu'elle me paraît la plus importante, la question vraiment capitale, celle dont la solution fixera en grande partie la ligne de conduite à suivre, est la suivante : *Le mercure guérit-il la syphilis?*

Ce n'est pas là une question oiseuse, comme quelques-uns pourront le croire tout d'abord; en effet, si comme je l'ai dit plus haut, on est d'accord pour admettre que le mercure guérit merveilleusement, sûrement *les manifestations syphilitiques*, il est loin d'en être ainsi quand il s'agit de l'action du mercure sur *l'évolution de la syphilis*, sur la *diathèse* elle-même.

Sous ce rapport les syphiliographes se trouvent toujours séparés en deux camps bien tranchés.

A la tête des partisans à la fois les plus autorisés et les plus convaincus de l'action curative du mercure, se trouve le prof. Fournier, dont je vais d'abord rencontrer les arguments.

« Nous croyons, dit-il, que ce remède, d'une part, guérit les accidents actuels de la vérole et que, d'autre part, administré méthodiquement, il exerce sur l'ensemble de la diathèse, sur la maladie tout entière, une influence générale, que je n'hésite pas à qualifier de curative. »

« A priori, continue-t-il, je me représente difficilement comment le

mercure, exerçant une action incontestée sur les manifestations ou les lésions syphilitiques de *tous* les systèmes vivants, pourrait posséder cette action, s'il n'avait prise sur la cause même de ces phénomènes, s'il n'influençait pas la maladie. »

L'argument n'est pas irréfutable, car le mercure pourrait contrarier la prolifération du virus syphilitique dans les tissus, sans être à même pour cela de le détruire.

J'emprunte aux expériences de bactériologie une comparaison qui est bien légitime, car, si le microbe de la syphilis n'est pas encore découvert, tout le monde a la conviction qu'il existe.

Dans les essais in vitro de l'énergie des substances antiseptiques, on obtient deux sortes d'effets bien distincts sur les microbes ; tantôt, ceux-ci sont empêchés de se développer dans les liquides de culture, mais ils sommeillent simplement, et, si on les soustrait au mélange antiseptique pour les transporter dans un autre liquide de culture, ils y prolifèrent parfaitement ; d'autres fois au contraire, les microbes ont définitivement perdu leur pouvoir de se développer dans n'importe quel milieu nutritif, ils sont détruits, ils ont péri.

Inutile d'ajouter qu'il faut des antiseptiques plus énergiques ou des solutions plus concentrées d'un même antiseptique pour faire périr les microbes que pour en suspendre le développement ; pour obtenir ce dernier résultat, des doses très minimes sont suffisantes ; je cite, pour en donner un exemple, une observation très ancienne : il est impossible d'obtenir une culture d'aspergillus glaucus dans un vase d'argent, et cependant l'analyse chimique, si précise, ne parvient pas à déceler dans le contenu du vase la moindre trace du sel argentique à qui revient certainement ce résultat.

Pareils phénomènes se produisent incontestablement dans l'organisme animal, et, comme le laisse deviner déjà la toxicité bien connue pour les êtres vivants de tous les antiseptiques, la thérapeutique ne nous fournit guère d'exemples de maladies infectieuses, dans lesquelles la médication la plus active, le remède le plus spécifique, fasse périr dans le sang ou les tissus le microbe pathogène.

Je veux faire allusion surtout à la fièvre intermittente et au rhumatisme articulaire aigu ; le sulfate de quinine, à doses suffisantes, coupe les accès de la fièvre paludéenne, mais il ne détruit pas le parasite ; en

effet, de nouveaux accès surviennent et réclament de nouvelles doses du remède ; les malades ne guérissent définitivement qu'à la longue, grâce à la puissance microbicide des tissus vivants ; il en est qui ne guérissent pas, malgré les doses les plus énergiques de quinine.

Il en est de même dans le rhumatisme ; la fièvre et les fluxions articulaires sont arrêtées net par des doses suffisantes de salicylate de soude ; mais, si le remède n'est pas continué, l'affection reprend de plus belle, et même, en continuant le remède, il survient facilement des complications internes, de nature microbienne, telles que des endocardites, des pleurésies, etc. ; les malades ne guérissent encore une fois qu'au bout d'un certain temps, grâce à l'action bactéricide des humeurs ou des cellules.

N'avons-nous pas les mêmes résultats dans la syphilis où le mercure, comme le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, comme le sulfate de quinine dans le paludisme, puise son activité merveilleuse sans aucun doute aussi dans ses propriétés antiseptiques ?

Il est donc impossible de conclure, *à priori*, de l'action du mercure sur les manifestations syphilitiques, à son action sur la diathèse elle-même.

Passons à la discussion des résultats de l'observation clinique.

En premier lieu, Fournier cherche à établir que le mercure exerce incontestablement une action *préventive* sur les manifestations de la période secondaire.

D'après lui, les sujets traités ont en général une syphilis secondaire remarquablement bénigne ; or, comment, se demande-t-il, le mercure pourrait-il réaliser cet effet, s'il n'agissait sur le principe même de la maladie, sur la cause même d'accidents qui, sans lui, n'auraient pas manqué de se produire ?

La conclusion n'est pas plus rigoureuse que la précédente ; en effet, suivant la méthode de traitement adoptée par Fournier, le syphilitique est tenu d'une manière à peu près continue pendant toute la période secondaire sous l'influence du mercure ; l'atténuation des manifestations de cette période pourrait ainsi résulter tout simplement de ce que les tissus sont rendus, par l'imprégnation mercurielle, réfractaires aux pullulations du virus syphilitique.

Mais, laissons un moment de côté la question du mode d'action du

mercure, pour en poser une autre, moins importante, très intéressante cependant : *le mercure a-t-il pour résultat d'atténuer les symptômes de la syphilis secondaire?*

A propos de cette question si simple, d'une solution si facile en apparence, les avis sont très partagés et voici pourquoi :

D'une part, le nombre des syphilis, qui, abandonnées à elles-mêmes, ne donnent lieu qu'à des manifestations secondaires nulles ou tout à fait insignifiantes, est beaucoup plus considérable qu'on le croit d'ordinaire et que Fournier le laisse supposer.

D'autre part, il n'est pas contestable que des manifestations peuvent survenir et surviennent même souvent chez des sujets en cours de traitement, en pleine imprégnation mercurielle.

Diday, le redoutable contradicteur d'autrefois de Fournier, est absolument décourageant.

« J'ai pris des notes complètes, a-t-il écrit, sur tous les syphilitiques en état de me bien renseigner, qui se sont présentés chez moi durant une période de près de cinq mois (du 10 février au 1er juillet 1872).

Ces malades sont au nombre de soixante-quatorze.

Sur ce nombre, *quarante-neuf* n'avaient pas pris de mercure durant le cours de leur chancre; et *vingt-cinq* en avaient pris, pendant cette période, sous la direction de leur médecin, de divers médecins.

Or, la statistique avait ici à éclairer deux questions connexes mais distinctes :

1° Le traitement mercuriel fait pendant la durée du chancre retarde-t-il l'apparition des accidents secondaires ?

Réponse : Les accidents secondaires se sont déclarés en moyenne, quarante-trois jours vingt-trois centièmes après le début du chancre, chez les sujets qui n'avaient pas été mercurialisés pendant le chancre, — et quarante-neuf jours huit centièmes, chez ceux qui avaient été mercurialisés pendant le chancre.

« Si peu que ce soit, diront les hydrargyrophiles, c'est bien quelque chose : cela prouve... » Halte là ! chers adversaires : dans votre propre intérêt ne concluez pas avant d'avoir fini de lire, car dès que, pour si peu, vous proclameriez que le mercure *retarde* les accidents secondaires, à l'instant, d'après la même mesure, il faudra admettre qu'il les *aggrave*. En effet :

2° Le traitement mercuriel fait pendant la durée du chancre atténue-t-il les accidents ultérieurs ?

Réponse : Sur quarante-neuf sujets n'ayant pas pris de mercure pendant le chancre, la syphilis a été dix-sept fois faible, vingt-sept fois moyenne et cinq fois forte; — et sur vingt-cinq sujets ayant pris du mercure pendant le chancre, la syphilis ultérieure a été six fois faible, quatorze fois moyenne et cinq fois forte.

De cette statistique, conclurai-je que, en donnant du mercure à un chancreux, on lui aggrave sa vérole?... Je le pourrais sans forcer en rien l'expression des faits qui précèdent. Mais peut-être, — je dis *peut-être*, — serait-ce abuser de coïncidences purement accidentelles.

Conclurai-je que chancreux mercurialisés et chancreux non mercurialisés sont égaux devant la maladie consécutive, ont mêmes chances d'avoir une vérole forte ou faible ?... C'est là ma pensée; et même, en la formulant dans ces termes, je céderais déjà aux hydrargyrophiles plus que ce dont les chiffres ci-dessus ne me permettent de disposer. »

« Ils abondent, a écrit ailleurs Diday, les exemples de syphilitiques qui, soit au cours, soit immédiatement à la fin d'un traitement spécifique, sont atteints d'une poussée d'accidents, et d'accidents parfois plus graves que ceux pour lesquels le traitement avait été institué. »

« Quant à moi, dit à son tour Langlebert, je suis tellement sûr de l'impuissance du mercure à entraver l'évolution de la syphilis que je me hâte, en présence d'un chancre induré, d'avertir le malade des accidents auxquels il est exposé. »

Il est toutefois d'accord avec Fournier pour reconnaître que, si le mercure ne prévient pas la syphilis secondaire, il en atténue du moins l'intensité.

« Il importe de ne pas oublier, a fait remarquer Besnier, qu'un certain nombre de malades, en dépit des traitements les mieux ordonnés et les plus persévérants, ont d'incessantes récidives.

» Ces retours offensifs *paraissent* être, il est vrai, plus fréquents quand le traitement a été moins parfaitement suivi. »

Le jugement si réservé porté par l'auteur, un chaud partisan du mercure cependant, mérite d'être souligné.

Quant à moi, si j'ai voix au chapitre, pour avoir traité et observé pendant des années, à partir de l'apparition du chancre, plus de

cent cas de syphilis, rien que dans la clientèle privée — la seule du reste qui se soumette à une observation régulière — je suis arrivé à la conviction que le mercure réduit considérablement le nombre et l'importance des manifestations secondaires de la syphilis.

Est-ce que je me fais illusion? Est-ce que l'insignifiance ou la nullité absolue des manifestations secondaires que j'ai notée ne serait pas à l'honneur du mercure, mais appartiendrait à l'évolution normale, naturelle de la syphilis?

Je ne puis le croire, car je ne m'expliquerais pas alors pourquoi les sujets de la clientèle de l'hôpital, que j'ai occasion d'observer et qui appartiennent presque tous à la classe des syphilis ignorées, peu ou point traitées, présentent des accidents secondaires tels que je n'en vois pas dans la clientèle privée.

Revenons maintenant à la question du mode d'action du mercure.

Comme second argument en faveur de l'influence du mercure sur la diathèse, Fournier s'applique à prouver que le mercure est un *préventif* par excellence de l'hérédité syphilitique; il a réuni une statistique où la mortalité infantile s'élève jusqu'à 82 p. c. dans le camp des sujets non traités, pour descendre jusqu'à 3 p. c. dans le camp des sujets à traitement prolongé; il faut bien le dire, il y a dans cet ordre d'idées des faits de nature à entraîner la conviction; ainsi, telle femme mariée a eu une série de grossesses dont tous les produits ont été infectés de syphilis; elle-même ne présente pas, n'a jamais présenté de signes *apparents* de la maladie, et cependant, si on lui donne du mercure, elle mettra au monde désormais des enfants sains.

Bref, « s'il est un point démontré et véritablement irrécusable, dit Fournier, c'est que le traitement antisyphilitique constitue par excellence un correctif, un neutralisant de l'influence héréditaire de la syphilis. »

Comment prétendre en pareil cas que le remède n'a pas agi sur la diathèse?

Mais, si nous faisons remarquer que la syphilis se transmet de la mère à l'enfant surtout par l'intermédiaire de lésions placentaires, nous concevrons que ces lésions cessent de se produire, si le microbe syphilitique se trouve, par suite de la présence de mercure dans le sang, dans l'impossibilité de coloniser dans le placenta, et encore une

fois, le mercure n'aura agi que sur les manifestations syphilitiques et non sur la diathèse elle-même.

Au surplus, faisons observer que l'effet utile du mercure n'est qu'un effet immédiat, actuel, passager : il faut revenir au remède, si l'on veut empêcher les grossesses ultérieures d'être infectées.

La démonstration de l'action générale du mercure sur la syphilis n'est donc pas encore suffisante.

Arrivons à l'argument le plus puissant de Fournier.

Selon lui, le mercure exerce incontestablement une action *préventive* sur la période tertiaire. Il en trouve la preuve d'une part dans la fréquence considérable des manifestations tertiaires sur les sujets à syphilis non traitée ou insuffisamment traitée, d'autre part, dans la rareté de ces mêmes manifestations tertiaires sur les sujets à syphilis correctement et longtemps traitée.

Si le fait est vrai, la démonstration de l'action curative du mercure sur la syphilis serait complète, puisqu'il n'y a plus moyen d'invoquer ici l'action passagère du mercure ; seulement, Fournier est tombé dans une exagération évidente en affirmant que la syphilis non traitée ou insuffisamment traitée « conduit au tertiarisme d'une façon excessivement fréquente, absolument commune, habituelle » ; l'erreur dans laquelle il est tombé s'explique par le fait qu'en sa qualité de chef incontesté des syphiliographes d'une grande cité et d'un grand pays, à réputation universelle, il a été de préférence consulté pour des accidents syphilitiques graves.

Au demeurant, il est difficile de fixer, d'une manière même approximative, le nombre des syphilitiques qui, abstraction faite de tout traitement, arrivent fatalement au tertiarisme ; les statistiques font varier les chiffres de 5 à 20 p. c.

« Comptez, ont écrit Besnier et Doyon, le nombre de sujets qui se présentent dans une année entière, aux consultations de nos hôpitaux, atteints de la sclérose initiale, et qui y reparaissent pendant les premiers mois ; additionnez, d'autre part, les unités qui, dans le même espace de temps, viennent aux mêmes consultations, pour des accidents secondo-tertiaires ou tertiaires, et qui, si la maladie persistait chez la majorité, devraient s'additionner chaque année, et vous serez étonnés du nombre *relativement grand* de sujets chez lesquels la syphilis *s'éteint spontanément.* »

« N'allez pas croire, a dit à son tour Mauriac, que les spécifiques sont absolument nécessaires dans tous les cas, et qu'une syphilis abandonnée à sa marche naturelle marcherait d'aggravation en aggravation vers le terme extrême de son processus. Il y en a qui guérissent et s'arrêtent *spontanément*, de même que d'autres récidivent sans fin, malgré l'emploi le plus rationnel des spécifiques. »

Remarquons qu'il y a loin de là à l'opinion de Fournier que la syphilis, abandonnée à elle-même, conduit au tertiarisme d'une façon excessivement fréquente, absolument commune, habituelle; « je ne connais guère d'exemples, écrit-il, de sujets syphilitiques qui, ayant abandonné leur maladie à son évolution spontanée, n'aient pas tôt ou tard soldé leur imprudence par quelque accident tertiaire, plus ou moins sérieux. »

L'éminent clinicien se ménage donc un triomphe facile, lorsqu'après avoir émis cette opinion, il établit que, grâce au traitement, 95 fois sur 100, pour le moins, la syphilis traitée est réellement bénigne.

Retenons l'aveu : il est significatif dans les écrits du partisan le plus convaincu de l'action curative du mercure : *il y a des cas de syphilis réfractaires au traitement*, des cas qui aboutissent à des accidents graves ou mortels, quoi qu'on fasse.

La chose ne doit-elle pas nous inspirer de la défiance à l'égard du prétendu spécifique?

Il y a un autre fait également inquiétant : *un grand nombre de syphilis aboutissent aux lésions tertiaires les plus graves, sans passer par l'intermédiaire de manifestations secondaires multiples ou graves.*

Fournier a même tiré d'une statistique la conclusion paradoxale, — qu'il aura de la peine à faire admettre toutefois — que « neuf fois sur dix, le tertiarisme procède de syphilis originairement bénignes. »

Mais au moins, *la syphilis tertiaire sévit-elle plus rarement sur les sujets qui ont fait un traitement sérieux et prolongé?*

C'est là vraiment le nœud de la question posée au commencement de cet article.

Il faut bien le dire, Fournier est presque seul à émettre un avis affirmatif catégorique; les autres doutent ou se réservent.

Écoutons d'abord Diday qui, reprenant l'histoire des sujets dont il a été question plus haut, écrit ceci :

« En novembre 1882, c'est-à-dire dix ans après l'époque de la première visite de mes malades, j'ai publié le complément de ces observations. A cette date, j'avais pu revoir, en temps et à intervalles utiles, cinquante-six de mes malades, savoir : trente-trois de la catégorie des non mercurialisés au début, et vingt et un de celle des mercurialisés au début. J'ai rapporté toutes leurs observations et me suis cru autorisé à conclure de cet ensemble de recherches ainsi complétées :

Que la statistique nous montre, quant à l'intensité ultérieure de la maladie, c'est-à-dire quant à la gravité des accidents que les sujets ont subis, une égalité presque absolue entre les récidives apparues après une hydrargyrisation plus ou moins prolongée, et les récidives apparues sans avoir été précédées par cette médication soi-disant atténuatrice.

A qui, de Fournier ou de Diday, faut-il donner raison ? De pareilles divergences entre des cliniciens également distingués indiquent assurément que la question posée n'est pas facile à résoudre, et, en définitive, nous ne sommes pas plus avancés aujourd'hui qu'à l'époque où Mauriac écrivait :

Porter un jugement sur l'action préventive du mercure dans la syphilis est d'une difficulté plus grande qu'on ne se l'imagine. Malgré tous les efforts qui ont été tentés dans ce sens, il faut bien avouer que nous ne savons point encore d'une façon précise à quoi nous en tenir, ni sur l'existence, ni sur la véritable portée de cette action préventive.

» Le mercure et l'iodure qui font justice des accidents produits par la diathèse, modifient-ils assez profondément l'organisme pour paralyser momentanément ou détruire à jamais les germes de l'intoxication dont il est imprégné ? Sans eux ces germes pulluleraient-ils à l'infini ?

» Il y a un grand nombre de syphiligraphes qui pensent que les spécifiques ne peuvent pas détruire les accidents sans entamer la diathèse.

» Quelques-uns vont plus loin : l'action préventive du mercure et de l'iodure de potassium leur inspire une confiance si absolue qu'ils sont disposés à faire retomber sur le manque ou l'insuffisance du traitement toutes les conséquences désastreuses de la syphilis. *C'est là une exagération de croyance qui touche au fanatisme, une foi qui obscurcit le jugement.*

» Il saute aux yeux que, si le mercure et l'iodure de potassium possédaient une action préventive radicale ou tout au moins aussi efficace que leur action curative, bien peu de personnes seraient longtemps victimes de la maladie. *Une première cure sauvegarderait l'avenir.* On ne verrait jamais ces récidives, ces poussées successives qui font partie intégrante de la vérole *traitée ou non traitée.* »

Kaposi, sans se prononcer sur le fond de la question, est tout prêt à la considérer comme insoluble.

Parmi les syphilitiques, fait-il observer, il en est qui, après une seule cure de quelques semaines ou de quelques mois, demeurent définitivement guéris ; il en est d'autres qui postérieurement présentent une ou plusieurs récidives réclamant à leur tour une nouvelle cure et après cela restent indemnes ; il en est d'autres enfin, bien que peu nombreux, qui plusieurs années, même plusieurs dizaines d'années après l'infection, subissent des poussées de syphilis cutanée, cérébrale ou autre, même après avoir eu dans l'intervalle des enfants sains.

Voilà donc des sujets qui avaient été considérés comme guéris pendant 20, 25 ans ou plus peut-être, et qui tout à coup vont fournir la preuve indiscutable de l'inefficacité du traitement !

En ce qui me concerne, je n'ai pu jusqu'à présent me convaincre de l'action préventive du mercure, administré pendant les premières années de la syphilis, sur les manifestations ultérieures, tardives de la maladie ; entre autres faits, l'histoire d'un de mes malades m'a rendu très sceptique à cet égard.

Il s'agit d'un jeune homme qui avait présenté, au niveau du frein de la verge, une ulcération superficielle qui avait été considérée comme un mal sans gravité et diagnostiquée chancre mou ; lorsqu'il vint se soumettre pour la première fois à mon examen, l'ulcération était guérie, mais il persistait à ce niveau une induration suspecte, et, comme il y avait une polyadénite inguinale bien caractérisée, je me crus autorisé à porter le diagnostic de syphilis.

J'instituai le traitement en conséquence, et le poursuivis pendant plus de trois années ; je ne dirai pas qu'il fut des plus énergiques, mais il fut certainement suffisant ; pendant les trois années qu'il dura, les manifestations de la syphilis furent réduites au minimum le plus

absolu ; à peine y eut-il, à deux ou trois reprises, une ou deux plaques blanches sur le bout de la langue, qu'on eût pu tout aussi bien prendre pour des aphtes ou des plaques de fumeurs, puis, dans le sillon balano-préputial une ulcération très superficielle et de courte durée, comme à la rigueur l'herpès peut en produire ; ce fut tout ce que nous pûmes jamais constater, malgré l'observation la plus rigoureuse.

Aussi, lorsqu'au bout de quatre années, le sujet vint me demander son congé définitif et l'autorisation de se marier, il m'exprima les doutes qu'il avait sur l'exactitude du diagnostic que j'avais posé. « Êtes-vous bien sûr, me demanda-t-il, que j'ai bien eu la syphilis ? » Je dois l'avouer, n'ayant pas assisté à l'évolution de l'accident primitif, et, à cause de l'insignifiance des symptômes observés, j'étais tout disposé à partager ses doutes.

Il se maria peu de temps après, eut un enfant parfaitement vigoureux et sain ; tout était pour le mieux, lorsque, après deux ans de mariage, il survint des phénomènes morbides multiples et graves : exostoses, hypertrophies ganglionnaires disséminées et considérables, dépérissement, cachexie.

Heureusement, le sujet ne se méprit pas sur la signification de ces symptômes, qui étaient ceux d'une syphilis tertiaire bien caractérisée et qui venaient dissiper tous nos doutes sur la nature de l'accident initial.

Le traitement en eut bien vite raison, mais je me suis surpris à me demander ce qu'avait donc fait sur la diathèse dans ce cas-ci le mercure administré pendant trois ans.

En définitive, quelle solution donner à la question que j'ai posée plus haut ? La suivante s'impose, à mon avis : *l'action préventive du mercure sur les accidents tardifs de la syphilis tertiaire n'est pas jusqu'à présent démontrée d'une façon rigoureuse.*

En dépit du traitement, l'imprégnation syphilitique persiste, comme le laisse deviner le fait de l'immunité, qui se perpétue pendant toute l'existence, et, si, dans la grande majorité des cas heureusement, la syphilis s'atténue avec le temps et finit par cesser de se manifester d'une façon quelconque, c'est l'effet naturel et bien connu de la résistance vitale de l'organisme.

Il m'est bien difficile de croire cependant que le mercure, qui jouit d'une action si puissante sur les manifestations de la maladie, ne vient pas en aide à l'organisme pour lui permettre d'arriver à ce résultat.

Quoi qu'il en soit, j'ai montré que le mercure, ne fût-ce qu'à titre palliatif est utile, qu'en un mot, la syphilis doit être traitée ; je dirai prochainement comment elle doit être traitée.

Dr DANDOIS.

p.145

CYSTITE CHEZ LA FEMME ENCEINTE.

La cystite n'est pas rare chez la femme. Mais elle veut être recherchée, peut-être parce qu'elle est souvent moins douloureuse que chez l'homme, mais surtout, parce que les connexions intimes de la vessie et de l'utérus trompent souvent le malade et le médecin et font tout rapporter à ce dernier organe.

Il en est de même chez la femme enceinte où fréquemment la cystite est méconnue. Des envies fréquentes d'uriner, des difficultés dans la miction n'attirent pas suffisamment l'attention ou sont attribuées à l'état de grossesse.

C'est pourquoi la plupart des auteurs que nous avons consultés ne consacrent à l'étude de la cystite chez la femme enceinte que quelques lignes incomplètes.

Pour que la cystite se produise, il faut plus que les *microorganismes :*

La rétention d'urine plus ou moins prolongée et *un état congestif* de la muqueuse vésicale constituent des causes prédisposantes importantes.

Si la congestion vésicale joue un rôle capital en créant un état de réceptivité spécial, rien ne prépare mieux le terrain à l'infection que l'évacuation imparfaite de la vessie. La cystite éclate alors dès que le moindre microbe a pénétré dans les voies urinaires. L'agent microbien provient le plus souvent du vagin qui contient un grand nombre de microorganismes susceptibles de produire la cystite, et est transporté dans l'urèthre et la vessie par les sécrétions vaginales : la brièveté du

canal de l'urèthre, son occlusion faible, les connexions génitales de son orifice sont les causes qui favorisent ce transport.

L'infection est bien moins souvent que chez l'homme due au cathétérisme.

Or, les circonstances favorisant cette congestion et la rétention sont nombreuses et fréquentes pendant la grossesse.

I. *Dans les premières semaines de la grossesse*, à une époque où par conséquent aucune action mécanique ne peut être mise en cause, la *congestion vésicale* est une véritable congestion active, liée elle-même à celle de l'utérus et à celle de tous les autres organes pelviens, ovaires, trompes, rectum.

Cette congestion se traduit par cette irritabilité vésicale qu'on observe si souvent et qui se transforme si facilement en cystite sous la moindre cause occasionnelle.

C'est la cystite congestive de Penard.

Le *refroidissement*, favorisant la congestion, fait facilement éclater la cystite chez la femme enceinte.

La *constipation*, très fréquente, très intense pendant la grossesse jointe au développement de l'utérus, est signalée par Mons comme cause possible de rétention et de cystite.

Par le fait du *développement de l'utérus*, il existe des changements de rapports anatomiques entre le réservoir de l'urine et l'organe gestateur.

« Par le fait de l'ampliation de l'organe gestateur, dit Padzinski (thèse de Strasbourg), la capacité de l'excavation se trouve diminuée, et la vessie, ne trouvant plus là pour se développer un espace suffisant, s'élève au-dessus du pubis. Son canal est allongé, tiraillé, il s'applique contre la face postérieure de la symphyse et sa courbure se redresse.

Le méat s'enfonce en dessous de l'arcade pubienne, en même temps le col de la vessie et la partie supérieure du canal se trouvent plus ou moins comprimés par l'utérus; il y a une gêne de la circulation amenant dans la partie inférieure de l'urèthre un gonflement.

Ces changements anatomiques sont de nature à apporter quelques troubles dans la miction. Quand l'utérus a acquis un certain volume, les femmes ont des envies fréquentes d'uriner et n'expulsent chaque fois que quelques gouttes de liquide.

Il y a du ténesme, phénomène qui s'explique très bien et par la compression du col et par la gêne apportée au développement de la vessie. Le plus ordinairement tout se borne à un peu de ténesme qui disparaît spontanément par les progrès de la grossesse. Mais on a observé quelquefois des phénomènes de dysurie beaucoup plus intenses et même la rétention complète. »

L'*antéflexion normale* augmente dans l'utérus gravide. Elle sera d'autant plus prononcée que l'utérus sera plus lourd, plus volumineux, les parois abdominales plus relâchées et le bassin plus étroit. La vessie dans ce cas est refoulée en avant, son fond s'abaisse et descend quelquefois en-dessous du col, qui forme un angle plus ou moins aigu avec le corps de l'organe.

L'embouchure du canal se trouvant ainsi comprimée ne livre que très difficilement passage à l'urine. C'est là la cause la plus ordinaire des rétentions urinaires que l'on observe vers la fin de la grossesse.

Une *rétroversion légère* n'est pas rare dans les premiers mois de la grossesse. Mais la véritable cystite consécutive à la rétroversion s'observe surtout du troisième au quatrième mois. Le col de l'utérus comprime le canal de l'urèthre et, la vessie ne pouvant être vidée, il en résulte des douleurs et du ténesme.

Ce sont même ces phénomènes du côté de la vessie (*Traité d'accouchements*, Schroeder) qui sont les premiers signes de la rétroversion utérine.

A la fin de la grossesse, lorsque le ventre tombe, la tête fœtale s'engage dans l'excavation en poussant devant elle la paroi antérieure du segment inférieur de l'utérus, qui comprime le canal de l'urèthre et le bas-fond de la vessie et peut donner lieu à une rétention.

La congestion de la muqueuse vésicale peut produire la rétention. Schroeder et d'autres auteurs encore ont cité des rétentions d'urine suivies d'inflammations violentes dans les grossesses où l'utérus n'était nullement déplacé.

La position oblique du fœtus dans l'utérus pourrait aboutir au même résultat, d'après quelques auteurs. Tous les accidents disparaissent, dès qu'on modifie par des manœuvres externes la position du fœtus.

Les *varices du col* (complication fréquente de la grossesse) peuvent

également occasionner de la cystite. C'est la cystite variqueuse signalée par Tillaux. Il peut survenir, dit cet auteur, une rupture des vaisseaux qui peut soulager la malade; un caillot peut être expulsé par le canal ou se fixer dans un point de l'urèthre, y déterminer des phénomènes inflammatoires, de la rétention d'urine et tous les troubles qui en sont la conséquence.

La cystite, ainsi développée pendant la grossesse, le plus souvent disparaît bientôt après l'accouchement parce que les causes qui l'ont produite (congestion, rétention) disparaissent avec l'expulsion du fœtus et le retour à l'état normal.

Mais elle peut persister, et même s'aggraver pendant l'état puerpéral. D'autres fois elle débute pendant l'accouchement ou pendant les couches.

II. *Pendant l'accouchement*, l'influence directe des froissements et de la compression produite par le fœtus sur le développement de l'inflammation vésicale est connue depuis longtemps.

Cette cystite se montre en général immédiatement après ou dans les quelques jours qui suivent l'accouchement. La rétention d'urine chez les nouvelles accouchées n'est pas un accident rare. Tout travail lent, laborieux, toute opération obstétricale peut être suivie de cystite.

Les primipares sont plus exposées à la rétention que les femmes qui ont eu des enfants. Cette plus grande fréquence chez les premières s'explique par la durée plus longue de l'accouchement et la résistance plus considérable des parties molles, qui fait que la tête séjourne plus longtemps dans l'excavation. Cette rétention peut déterminer l'inflammation violente de la vessie, si le cathétérisme n'est point pratiqué à temps. « La nécessité de l'évacuation régulière de la vessie, dit M. Guyon, est d'autant plus indiquée que l'état inflammatoire né par la rétention, dispose à la cystite et à l'altération de l'urine. »

Dans la production de la rétention, dans les suites des couches, *les muscles abdominaux* jouent aussi un rôle; on sait que ces muscles aident par leur contraction la miction normale. L'épuisement de la parturiente, après l'accouchement, empêche la contraction de la paroi abdominale qui est dans un état de relâchement, car ces muscles, par l'accouchement, passent subitement de la tension extrême au plus grand relâchement.

Monod (*Ann. de gynécologie*, 1880) a rapporté des exemples de cystites développées sans cathétérisme, sans inflammation de voisinage, sans traumatisme, après un accouchement parfaitement normal ou même après une fausse couche.

Il faut dans ce cas, dit Monod, admettre comme pour la cystite du début de la grossesse, une congestion par communauté vasculaire, qu'explique surabondamment l'involution utérine et qui rend la moindre cause occasionnelle, le froid en particulier, capable de déterminer l'inflammation de l'organe.

III. D'après Réblaud on pourrait distinguer deux variétés de *cystite puerpérale* : l'une venant à la suite d'une infection puerpérale, elle est exceptionnelle. L'autre variété provient soit du dehors, soit du rein, soit plus fréquemment des lochies. On sait que les lochies constituent un excellent milieu de culture pour les microorganismes. La cystite dans ces cas est favorisée par l'état congestif, les lésions de la vessie au cours de l'accouchement, et les rétentions d'urine consécutives à ce dernier.

Le *traitement* est avant tout préventif.

Une antisepsie rigoureuse empêchera l'infection de se produire, même quand les causes préparantes ont créé un état de réceptivité spécial.

Éviter toutes les causes de congestion ou de rétention : refroidissement, constipation.

Par une exploration attentive, écarter dans la mesure du possible toutes les anomalies qui pourraient empêcher la vessie de se vider régulièrement.

Enfin, veiller à ce que la tête ne comprime pas trop longtemps la vessie, et terminer à temps l'accouchement.

Enfin, s'il y a impossibilité de remédier à la cause (cystite variqueuse, etc.) vider régulièrement la vessie, par un cathétérisme rigoureusement aseptique.

Quant au traitement de la cystite établie, il ne diffère en rien de celui de la cystite chez la femme non enceinte.

Il nous reste à dire un mot du traitement chirurgical.

En cas de cystite rebelle, on peut obtenir la suppression des douleurs en faisant le curettage de la vessie par l'urèthre dilaté et en

mettant une sonde à demeure. Au curettage sont associés les grands lavages, mais il faut éviter de distendre la vessie douloureuse qui se rompt très facilement.

Voici comment Guyon recommande le curettage :

« La cystite peut comporter des opérations moins sérieuses que la taille et parmi les moyens thérapeutiques qui doivent être mis en usage quand les traitements simples ont échoué, le curettage est un des meilleurs Après l'intervention on ne guérit pas complètement la cystite, mais on la rend apte à guérir par les autres traitements topiques qui ne pouvaient être supportés antérieurement.

Cette intervention est simple, facile, à la portée de tous, elle est souvent efficace et laisse toujours en cas d'insuccès la possibilité d'avoir recours à un traitement opératoire plus complexe, la taille vésicale. »

La taille vésicale de choix est la taille sus-pubienne, elle a surtout pour but de mettre la vessie au repos, d'amener par là la cessation des douleurs violentes occasionnées par la contraction de l'organe malade.

Dr J. DE KONINCK.

FERMENTATION INTESTINALE, MÉTÉORISME ET FLATULENCES.

Les gaz du tractus digestif, spécialement de l'intestin, sont la source des nombreux malaises dont se plaignent beaucoup de patients. Il ne sera donc pas sans intérêt de retracer, d'après une conférence du prof. Schmidt de Bonn, publiée in *Ther. Monatshefte* n° 1, 1899, la genèse, la physionomie clinique et la thérapeutique de ces manifestations morbides.

La fermentation du contenu intestinal est un phénomène normal dont l'intensité oscille, chez l'individu sain, entre des limites peu définies jusqu'ici. On admet qu'elle reconnaît trois facteurs principaux :

1° La nature des aliments ;

2° La flore microbienne de l'intestin ;

3° La durée du séjour des aliments dans l'intestin.

Examinons rapidement la valeur réciproque des trois facteurs en question :

1° *Composition des aliments.* — On peut poser en thèse générale

que la production des gaz dans l'intestin est d'autant plus considérable que la quantité des hydrates de carbone domine davantage dans l'alimentation, ou plus exactement que les hydrates de carbone des aliments s'y présentent sous une forme plus difficilement assimilable. Voilà pourquoi les aliments riches en cellulose, tels que les légumineuses, le pain de seigle, les pommes de terre, les légumes, provoquent une plus notable quantité de gaz dans l'intestin que l'ingestion de quantités de lait et d'amidon bien plus considérables.

A l'état normal les gaz intestinaux se développent presque exclusivement aux dépens des matières amylacées et consistent en CO_2 et H_2. Les albuminoïdes et la cellulose ne fermentent guère. Au reste la fermentation d'un aliment donné est fort variable d'un individu à l'autre ; il faut admettre dans l'espèce l'existence d'états idiosyncrasiques.

Un fait est certain : c'est qu'aucun des aliments incriminés ne provoque fatalement des flatulosités quand la fonction intestinale se fait normalement, c'est-à-dire quand la quantité ingérée n'est pas telle qu'elle conduit à des indigestions. L'intestin sain parvient à maîtriser sans inconvénients de grandes quantités de gaz, comme le démontre l'emploi à dose considérable de certaines boissons gazeuses. Nous pouvons dès lors conclure que ni la quantité de gaz introduite, ni celle produite dans l'intestin par les aliments n'est en mesure d'expliquer la production de flatulences. D'autres facteurs entrent généralement en jeu lorsque les gaz intestinaux provoquent des troubles.

2. *Introduction de germes fermentateurs spéciaux.* — Ce facteur ne vient qu'en ordre secondaire dans la genèse des troubles qui nous occupent. En effet l'intestin *sain* parvient à détruire si complètement les microbes introduits expérimentalement ou par les aliments qu'on ne parvient à en retrouver qu'un petit nombre dans les fèces. Il en est autrement quand une altération morbide de l'intestin favorise la colonisation microbienne dans le tube digestif. Alors le facteur en question acquiert une importance réelle dans la genèse des gaz intestinaux. Quant aux microbes pathogènes qui peuvent se fixer primitivement dans l'intestin, tels que les bacilles de la tuberculose, du choléra, de la fièvre typhoïde, leur action fermentative gazeuse est nulle. En résumé nous pouvons dire que l'introduction d'agents de fermentation étrangers exerce une influence limitée sur la fermentation intestinale pour autant qu'il n'existe pas en même temps un état pathologique de l'intestin.

3. *La durée du séjour des aliments dans l'intestin est de loin le facteur le plus important.* Toute cause qui arrête ou retarde le passage des aliments à travers le tractus intestinal donne lieu à une

accumulation anormale de gaz suivie elle-même rapidement de certains malaises. Cela ne tient pas seulement à un défaut d'évacuation des gaz intestinaux, mais encore à une fermentation suractivée par la stase alimentaire.

Aussi, voit-on dans ces conditions des aliments qui habituellement ne donnent guère naissance à des gaz, comme le lait, fermenter avec une grande intensité. Qu'on se rappelle la rapidité avec laquelle se développe la distension gazeuse de l'intestin au-dessus d'un rétrécissement, même dans l'intestin grêle si pauvre en gaz en temps ordinaire; et les tympanites généralisées attribuables à la paralysie des tuniques intestinales consécutive à certaines inflammations, voire même à certaines irritations péritonéales (péritonite aiguë ou chronique, fièvre typhoïde, interventions opératoires sur la séreuse péritonéale, etc.)

La simple atonie de la musculature intestinale suffit à provoquer les malaises du météorisme par le séjour prolongé des masses alimentaires en fermentation. Nous sommes donc en droit de dire que la cause la plus fréquente et la plus importante des fermentations anormales dans l'intestin est le défaut de fonctionnement de la musculature intestinale ou la stase alimentaire due à d'autres facteurs. Ainsi se confirme pour l'intestin ce fait, déjà démontré pour l'estomac, que la production anormale de gaz survient exceptionnellement sans un trouble concomitant de la fonction motrice.

D'autres facteurs peuvent s'ajouter à la fermentation anormale et avoir pour conséquence l'accumulation de gaz dans la cavité abdominale.

En premier lieu certains troubles de l'absorption des gaz par les tuniques intestinales. Nos connaissances à cet égard manquent de précision; nous pouvons néanmoins admettre que la résorption gazeuse se trouve en souffrance dans les conditions où l'absorption alimentaire est elle-même entravée, par conséquent à un degré plus ou moins élevé dans toutes les affections fonctionnelles ou organiques de l'intestin.

En second lieu le défaut d'évacuation des gaz par l'anus. Ce cas peut se rencontrer dans certaines situations où l'affaiblissement des parois abdominales ou le défaut de fonctionnement de la presse abdominale s'ajoute à l'atonie des parois intestinales, par exemple dans l'entéroptose suite de grossesses répétées, dans certains cas d'atonie intestinale chez des individus sédentaires.

Les productions gazeuses anormales de l'intestin affectent deux types chimiques.

Le premier se caractérise par une accumulation gazeuse qui frappe la vue. Ce météorisme peut être partiel ou général. Le premier est

presque toujours la suite d'un obstacle au passage des masses alimentaires et sa situation peut être un précieux indice pour la localisation de la sténose. Le dernier ne se manifeste que dans certains états de faiblesse et de paralysie de toute la musculature intestinale. Mais le ballonnement abdominal ne donne pas la mesure du degré de la paralysie intestinale, car l'intensité du météorisme dépend avant tout de l'état de la presse abdominale.

Le second type clinique est représenté par des phénomènes du conduit intestinal qui se trahissent moins à la vue qu'à l'ouïe : par des borborygmes, par l'émission abondante de gaz et par des douleurs d'entrailles, en un mot par l'exaltation du péristaltisme. Dans l'immense majorité des cas, la lésion anatomique du second type consiste dans des états inflammatoires de la tunique intestinale ; les autres signes de l'entérite (lientérie, mucus, odeur fétide) manquent rarement dans ces cas.

La *thérapeutique* des accumulations gazeuses anormales de l'intestin varie essentiellement dans les deux formes cliniques citées.

Généralement dans les cas du premier groupe le traitement du ballonnement se confond avec la thérapeutique dirigée contre l'affection fondamentale : la sténose, la péritonite, la septicémie. Il convient de faire une mention spéciale pour le météorisme survenant au cours de l'anémie, dans l'entéroptose, etc. par atonie intestinale. Le traitement dans ces cas doit être tonique et plutôt mécanique que médicamenteux : massage, faradisation, hydrothérapie, gymnastique suédoise. On peut ranger les purgatifs parmi les moyens mécaniques d'expulsion des gaz.

Dans le second groupe, où l'origine du mal réside dans l'état inflammatoire de la muqueuse, la première indication thérapeutique est de prescrire une diète prudemment choisie. Quand la fermentation gazeuse domine la scène morbide, il sera indiqué, s'il n'y a pas lieu d'admettre la participation des albuminoïdes dans les processus de décomposition, de prescrire un régime composé exclusivement de matières albuminoïdes et de graisse, étant donné que dans les cas ordinaires il s'agit uniquement de la fermentation des hydrates de carbone. Par ce changement de régime il se produit une modification considérable dans la flore microbienne de l'intestin. On revient insensiblement au régime ordinaire en ayant soin néanmoins de changer fréquemment les hydrates de carbone du régime pour empêcher l'installation durable d'un agent fermentateur déterminé dans l'intestin.

Il est difficile de juger quelle influence les *médicaments* exerçent sur l'intensité de la fermentation intestinale. Divers essais institués

dans ce sens semblent confirmer dans le cas spécial qui nous occupe l'expérience antérieure entreprise avec les soi-disants antiseptiques intestinaux, c'est-à-dire qu'ils n'agissent comme antifermentateurs qu'en favorisant l'évacuation des résidus en fermentation. Ainsi, l'acide salicylique et les préparations qui en renferment, la naphtaline, le menthol, le thymol, etc. se montrent sans influence sur la fermentation intestinale, tandis que les purgatifs et en première ligne le calomel, diminuent d'une façon appréciable les processus de fermentation intestinale. Du reste, des expériences antérieures ont démontré que le calomel diminue et la décomposition putride dans l'intestin et le nombre des microbes dans les selles. Dr E. LONCIN.

—

L'ATROPINE DANS LE TRAITEMENT DE L'ASTHME BRONCHIQUE.

Le prof. Carl von Noorden (de Francfort) a fait sur ce sujet au Congrès de Dusseldorf de 1898 une communication reproduite in *Ther. Monatsh.* n° 10.

Ce traitement déjà ancien, puisque Trousseau le préconisait il y a 50 ans, est tombé, d'après l'auteur, dans un discrédit injustifié. C'est le hasard qui a conduit le professeur allemand à reprendre cette médication ; voici dans quelles circonstances : il administrait l'atropine, d'après les conseils de Gerhardt, à une jeune fille de 18 ans atteinte d'une prédisposition extraordinaire aux éruptions d'urticaire et souffrant en outre d'accès d'asthme bronchique typique survenant au moins toutes les trois semaines. A la grande surprise de l'expérimentateur l'éruption d'urticaire demeura insensible au traitement, tandis que les accès d'asthme disparurent sans se reproduire une seule fois pendant les deux années qu'il lui fut possible de suivre la patiente. Frappé de ce résultat von Noorden soumit systématiquement ses asthmatiques à la médication par l'atropine et arriva à la conclusion que cet alcaloïde donne des bons résultats, parfois des guérisons éclatantes et prolongées dans l'asthme bronchique typique.

Cette action semble cependant différer de celle des médications usuelles de cette affection : telles que la morphine, le chloral, la stramoine, le papier nitré, etc. Ces derniers agissent sur l'accès seul, tandisque l'atropine n'influence guère ce dernier une fois qu'il éclate. On peut mieux comparer l'action de l'alcaloïde à la modification produite par un traitement local portant sur le nez ou le larynx, ou encore à l'effet obtenu par une cure prolongée à l'iodure de potassium.

Le mode de traitement suivi par l'auteur est le suivant : il commence par une dose journalière de 1/2 milligramme par la voie interne. Après deux ou trois jours il monte de 1/2 milligramme et

ainsi de suite jusqu'à ce qu'il arrive à une dose journalière de 4 milligrammes. Après quelque temps il diminue lentement cette dose. En moyenne une première cure d'atropine dure de 4 à 6 semaines. L'auteur conseille de ne pas s'en tenir à une seule cure, mais de revenir à une nouvelle administration après une pause de six mois en employant toutefois des doses moins fortes et moins prolongées.

Ces fortes doses d'atropine (jusque 4 milligr. par jour) furent parfaitement tolérées, à part quelques troubles sans gravité de l'accommodation et une certaine sécheresse de la gorge. Il conseille néanmoins une surveillance médicale plus étroite pendant la durée de la cure.

Dr E. L.

DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'ESTOMAC.

Il est utile, en vue du pronostic à émettre et peut être en vue d'une extirpation à proposer, de faire de bonne heure le diagnostic du cancer de l'estomac; nous avons trouvé, dans un article de la *Policlinique* que nous résumons, les éléments du problème qui se pose si souvent dans la pratique, exposés d'une manière claire et succincte.

Anorexie. C'est un des symptômes subjectifs les plus fréquents et il a une incontestable valeur. Le manque d'appétit est de règle dans le cancer de l'estomac, et il peut atteindre des proportions telles que le fait de penser aux aliments inspire au malade une répulsion profonde. D'autres fois, l'anorexie est moins absolue, elle tend à se spécialiser : les malades ne peuvent plus voir la viande et les œufs, et certains médecins attribuent cette répugnance spéciale à ce fait que le suc gastrique des cancéreux ne contenant plus d'acide chlorhydrique, deviendrait inapte à digérer les matières protéiques.

Ce serait le contraire de ce qui se passerait chez les hyperchlorhydriques.

L'anorexie, fût-elle absolue, n'existe cependant pas que dans le cancer de l'estomac. Les hystériques, les neurasthéniques peuvent avoir un manque d'appétit aussi profond, il importe de ne pas l'oublier; d'autre part, certains praticiens ont observé que, chez les jeunes sujets, le cancer a pu coexister avec une véritable boulimie.

Douleur. Ce symptôme n'a rien de caractéristique. Au début, le cancer est souvent indolent, les troubles ressemblent bien plus aux troubles dyspeptiques de la gastrique chronique qu'à toute autre chose.

Lorsque l'affection est déjà assez avancée, quand des phénomènes secondaires se sont produits : dilatation, adhérences, stagnations alimentaires, spasmes, etc., la douleur s'accentue, devient plus aiguë,

mais elle est bien plus le fait des complications survenues que du cancer lui-même.

Il existe d'ailleurs bien des cas où le cancer est resté indolent pendant toute la durée du mal, d'autres où la souffrance a toujours été peu accusée.

Vomissements. Il y a deux sortes de vomissements à examiner dans le cas de cancer de l'estomac, mais avant tout il importe de savoir que dans un certain nombre de cas, 13 p. c., d'après Brinton, on ne constate ni l'un ni l'autre.

Les *vomissements alimentaires* sont dépendants dans leur apparition de la localisation du cancer : si celui-ci siège à l'orifice pylorique, ils sont fréquents, mais manquent ou apparaissent fort tard, s'il siège sur la paroi.

Les *vomissements de sang* constituent un signe important; mais il faudra les distinguer de ceux de l'ulcère, des gastrites ulcéreuses, de certaines gastrorrhagies d'origine nerveuse, et en outre, des hématémèses que l'on observe parfois dans les cas de cirrhose hépatique.

Le fameux vomissement marc de café est plus généralement dû au cancer, parfois aussi le vomissement de sang ressemble tout a fait à la suie délayée, ou à une poudre noire surnageant dans des détritus alimentaires. Ces phénomènes sont des indices précieux, mais outre qu'ils peuvent manquer, leur importance pour le diagnostic n'est pas absolue.

Quant à la cachexie, au teint jaune paille, à l'émaciation, ce ne sont pas des signes du début.

Tumeur. La perception d'une tumeur à l'épigastre est souvent le signe qui vient lever tous les doutes, mais il ne faut pas oublier que d'autres tumeurs de cette région peuvent donner l'illusion du cancer de l'estomac : des tumeurs de l'épiploon, des adhérences épaisses, la cicatrice d'un ulcère; d'autre part des tumeurs bénignes ont été observées dans l'estomac même, rarement il est vrai, telles que des adénômes, des polyadénômes, lipômes, myômes et fibro-myômes.

Pour pouvoir découvrir une néoplasie de l'estomac et pour pouvoir déterminer, une tumeur étant constatée dans cette région, qu'elle appartient bien à cet organe, il est parfois utile de pratiquer l'*insufflation de l'estomac.*

Pour cela, le moyen classique consiste à faire avaler successivement au sujet une solution de bicarbonate de soude et une solution d'acide tartrique; le dr Guinard conseille de se servir tout simplement de la soufflerie d'un thermocautère.

Il suffit de détacher le tube en caoutchouc de l'ajutage du bouchon et de faire avaler ce tube au malade. Tous les praticiens ont un ther-

mocautère et rien n'est plus facile que de pousser ce tube flexible dans l'œsophage, en suivant les règles établies pour le lavage de l'estomac.

Certains sujets éprouvent quelque difficulté, mais avec un peu de patience, d'autorité et de persuasion, on y arrive toujours.

Il faut se garder d'enduire le tube de vaseline, car les corps gras s'attachent au voile du palais et provoquent des nausées persistantes; il suffit de le mouiller avec de l'eau, ou mieux de le tremper dans de la glycérine.

Le plus simple est encore de dire au malade de mettre dans sa bouche 24 à 30 centimètres de tube et de l'avaler en buvant un peu d'eau, comme il le ferait d'un long macaroni.

Dès que le tube a franchi le cardia, quelques coups de la poire en caoutchouc suffisent pour distendre à volonté l'estomac.

Si la distension devient douloureuse, on fait asseoir le malade, qui était couché, et l'air s'échappe aussitôt bruyamment par l'œsophage.

Rappelons que par ce procédé si simple, si innocent et si à la portée de tout le monde, on arrive à décéler une tumeur inaccessible auparavant. En outre, si une tumeur que l'on sentait avant l'insufflaton disparaît quand l'estomac est dilaté par l'air, on peut dire qu'elle siège sur la paroi postérieure de l'organe.

Œdèmes. Outre la phlébite (phlegmatia alba dolens) de la jambe chez des gens âgés maigrissant et perdant leurs forces, signe généralement tardif sur lequel Trousseau a insisté, on a vu des œdèmes fugaces plus généralisés, atteignant les deux membres inférieurs, sans albuminurie, ni affection cardiaque. La présence d'un tel phénomène, coïncidant avec des troubles digestifs vagues et tenaces, mettra sur la voie du diagnostic.

Chimisme gastrique. L'examen du contenu de l'estomac a été considéré à tort comme un moyen de diagnostic infaillible; il y aurait *disparition de l'acide chlorhydrique* et *apparition d'acide lactique*, dans les produits de la digestion gastrique. On sait maintenant que, si la grande majorité des estomacs cancéreux ne renferment plus d'acide chlorhydrique libre, bon nombre d'autres affections, même peu graves, permettent de faire la même constatation.

Des dyspeptiques, des hystériques, des neurasthéniques présentent le même signe, d'autres malades encore, atteints de gastrite atrophique, se trouvent dans ce cas. Il importe cependant de faire remarquer que, dans bien des cas douteux, l'absence d'acide chlorhydrique peut contribuer pour une large part dans le diagnostic.

De même, on peut dire que la présence constante d'acide lactique dans un repas d'essai, extrait au bout d'une heure et qui, lors de l'ingestion n'en contenait pas, est un signe très sérieux en faveur du cancer de l'estomac. (signe dit de Boas).

On a même appelé le microscope à contribuer au diagnostic du cancer de l'estomac. Haufmann a prétendu que l'examen microscopique du suc gastrique en pareil cas révelait la présence d'un bacille spécial producteur d'acide lactique. L. D.

—

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC AVEC HÉMORRAGIES.

Les grandes lignes du traitement médical de l'ulcère compliqué d'hématémèse sont bien connues. C'est le repos absolu, la glace intus et extra, la diète complète, les astringents, les hémostatiques, les injections sous-cutanées de morphine. Très souvent cette thérapeutique réussit, mais il est aussi des cas où elle échoue et où l'hémorragie continue ou revient à des intervalles plus ou moins éloignés.

Avant de songer à recourir à une intervention chirurgicale, ainsi qu'on l'a proposé, on fera bien d'essayer le traitement employé avec succès par le dr Gaucher et que le dr Romme a exposé dans la *Presse médicale*.

En premier lieu, on exigera du malade le séjour au lit, dans le décubitus dorsal et dans l'*immobilité complète*.

Tout mouvement peut effectivement augmenter l'hémorragie ou la ramener, puis l'immobilité accroît les chances de cicatrisation, puis enfin, comme il s'agit de malades affaiblis depuis longtemps par le mauvais fonctionnement de l'estomac et finalement par l'hémorragie, il faut leur éviter toute fatigue musculaire, toute déperdition de force, d'autant que la diète absolue à laquelle ils seront soumis constitue une nouvelle cause d'affaiblissement.

Aussitôt le malade couché, on lui appliquera sur la région épigastrique une *vessie de glace*, qui agit comme hémostatique et calme ces douleurs intenses, paroxystiques, si pénibles pour le malade. L'application de cette vessie ne sera pas faite au hasard : on doit l'appliquer très soigneusement sur la région stomacale, en l'étalant un peu à sa base ; on la maintiendra bien en place par un bandage de corps en flanelle ou en toile, assez lâche cependant pour que le malade ne soit pas étreint.

La partie la plus importante du traitement est la *diète absolue*, à laquelle il faut soumettre le malade aussitôt que l'hématémèse s'est produite. On ne donnera rien au malade par la voie buccale, car aujourd'hui il est bien établi que la seule absorption d'une gorgée de lait glacé peut rappeler la gastrorragie. Mais, comme il faut le nourrir, on aura recours aux *lavements alimentaires*.

Les lavements alimentaires employés dans le service du dr Gaucher ont la composition suivante :

Bouillon bien dégraissé	25 grammes.
Vin	25 grammes.
Peptone	2 cuillerées à soupe.

Avant le lavement alimentaire, on administre un grand lavement de 1 litre d'eau bouillie, lavement évacuateur qui vide complètement le rectum et permet de garder le lavement alimentaire. On donne au malade quatre lavements alimentaires par jour ; de cette façon, on lui fait absorber sans fatigue une quantité suffisante de substances nutritives.

On a reproché aux lavements alimentaires d'irriter la muqueuse et de provoquer de la rectite qui oblige d'interrompre l'alimentation rectale. Chez les malades du dr Gaucher, il n'y a eu rien de pareil : une de ses malades a pris des lavements nutritifs pendant vingt-cinq jours, deux autres pendant vingt et quinze jours, et jamais on n'a eu à constater d'intolérance ou de rectite.

Pour combattre la soif, très vive chez ces sujets, on donne encore matin et soir un lavement de 100 centimètres cubes d'eau bouillie froide.

Si néanmoins le malade est très altéré, on lui fera absorber, dans le courant de la journée, trois ou quatre cuillerées à café d'eau glacée, ou bien encore on lui fera sucer quelques morceaux de glace très petits. Du reste, eau glacée et glace peuvent très souvent être évitées grâce à l'emploi des *injections sous-cutanées de sérum artificiel.*

Ces injections agissent dans la gastrorragie de plusieurs façons. Comme dans toutes les hémorragies, l'injection saline agit comme hémostatique en augmentant la coagubilité du sang; elle fournit à l'organisme anémié, surtout en cas de pertes de sang abondantes, des éléments suffisants pour lui permettre la reconstitution de ses éléments propres; elle rétablit la masse du sang, et relevant la pression sanguine, elle lutte avantageusement contre la dépression du cœur et du système nerveux ; enfin, ces injections, faites régulièrement pendant toute la durée du traitement, aident puissamment à la nutrition du malade par les lavements peptonisés.

Ainsi donc, dès l'apparition de l'hématémèse, le dr Gaucher injecte régulièrement une quantité de solution saline variant entre 1,000 et 1,500 centimètres cubes. Ces injections sont faites en deux fois : une le matin, une le soir; elles sont continuées pendant toute la durée du traitement.

Dans certains cas où, à la suite d'une hématémèse abondante, on trouve le malade exsangue avec les extrémités froides, un pouls à peine perceptible, un état de collapsus menaçant de se terminer par la mort, il faut courir au plus pressé et faire une *injection intra-veineuse de*

sérum artificiel. En présence d'accidents très graves, on injectera donc sans tarder 1,000 à 1,500 centimètres cubes de solution saline par la voie veineuse. On pourra encore s'aider en même temps d'injections sous-cutanées d'éther, de caféine, si, toutefois, il n'y a pas de contre-indication à l'emploi de ces médicaments. On reviendra dès le lendemain aux injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Le traitement, tel qu'il vient d'être décrit, sera ordinairement suivi pendant trente jours Au bout de ce temps, on reprendra l'alimentation buccale en donnant d'abord une ou deux tasses à café de lait dans les vingt-quatre heures, tout en continuant les lavements alimentaires. Après trois ou quatre jours d'épreuve, on supprimera les lavements et on augmentera la dose quotidienne de lait, qui sera portée à 1 litre puis à 2 litres. On pourra ensuite adjoindre au régime lacté les purées de pommes de terre ou d'autres féculents, les potages à la semoule ; enfin, on reviendra peu à peu à l'alimentation normale, en laissant toutefois pendant longtemps le malade à un régime sévère dont sera exclue toute substance irritante ou difficilement digestible. L. D.

—

UN NOUVEAU SIGNE CLINIQUE DE LA SCARLATINE.

Il a été décrit par le dr Meyer, dans la *Presse médicale*, et s'il a passé jusqu'à présent inaperçu, c'est probablement parce que la scarlatine est surtout étudiée chez les enfants, qui ne donnent ordinairement que des renseignements peu précis sur ce qu'ils éprouvent.

Le signe en question consiste, dans les cas les plus caractérisés, en une parésie des extrémités : le malade se plaint de ne pouvoir remue ni les mains, ni les pieds. Mais la parésie est exceptionnelle et l'auteur ne l'a observée que dans un cas. Le plus souvent, on ne trouve qu'un engourdissement des deux mains, avec sensation d'épines ou de fourmis. L'engourdissement peut lui-même manquer, et alors les malades ne ressentent que des picotements qui sont localisés à la face palmaire des extrémités des doigts ou au creux de la main. Ce trouble est plus rare au niveau des pieds ; on l'y constate en même temps qu'aux mains, ou bien isolément.

Ce signe apparaît pendant la période d'éruption, assez souvent en même temps qu'elle, exceptionnellement avant.

Sa durée est très variable ; il peut être fugace, ne durer qu'une ou plusieurs minutes, et disparaître pour ne plus revenir. Dans la majorité des cas, il est plus durable ; il apparaît quelques heures ou un jour après le début de l'éruption, et persiste pendant deux ou trois jours, ordinairement avec des interruptions ; il peut aussi se

montrer tardivement, le troisième, quatrième ou cinquième jour de l'éruption.

Certains malades ne présentent ce trouble qu'au moment où ils veulent se servir de leurs mains, par exemple, pour prendre leur verre.

Ce nouveau signe est très constant; Meyer l'a rencontré 79 fois sur 100, mais aussi il a eu affaire à des adultes.

Dans le cas de scarlatine fruste, ce signe peut aider au diagnostic. Il peut encore servir pour les diagnostics rétrospectifs chez des malades qui ne présentent pas d'éruption, et dont la desquamation est fugace ou très tardive; il manque, en effet, dans toutes les autres éruptions qui pourraient simuler la scarlatine. L.

—

LES INDICATIONS DE LA DIGITALE.

La digitale est un vieux remède sur lequel on a beaucoup écrit; mais, si tout le monde convient qu'elle reste le premier des médicaments cardiaques mais qu'elle ne doit pas pour cela être prescrite banalement dans toutes les maladies du cœur, ses indications ne sont pas toujours données d'une manière précise et uniforme; le prof. Potain a donné dernièrement sur ce chapitre une leçon intéressante.

Pour pouvoir juger de l'opportunité de l'emploi de la digitale, il faut en premier lieu, prétend-il, être bien fixé sur son mode d'action.

La digitale agit en effet en ralentissant la circulation, mais la physiologie montre que son action porte à la fois sur le muscle et sur le système nerveux et qu'elle s'étend aux capillaires. Sans insister sur les détails, on peut dire que la digitale a une action vaso-motrice, en même temps qu'elle agit sur le centre en ralentissant la circulation.

Mais ces deux actions peuvent se trouver dissociées et, on peut les utiliser suivant les cas en employant des doses différentes. A dose faible, les capillaires sont peu intéressés, et c'est surtout l'action centrale qui se produit et qui active la circulation.

C'est ainsi que la digitale agit favorablement chez certains migraineux qui sont congestionnés, tandis qu'elle leur serait nuisible à dose élevée.

La digitale possède ensuite une action diurétique qui est généralement attribuée à l'élévation de la pression artérielle qu'elle détermine. Toutefois, l'observation montre qu'on peut obtenir une forte diurèse sans qu'il y ait élévation de cette pression. Parmi les cardiaques, il y en a qui ont une diurèse énorme et d'autres qui ne sont nullement influencés. La grande différence vient de ce que les uns ont de l'anasarque et les autres ont des tissus non infiltrés; et, s'il n'y a pas de liquide dans le tissu cellulaire, la miction ne se produit pas.

En général, les sujets œdématiés supportent assez bien la digitale, mais il faut la supprimer dès que l'œdème a disparu.

L'action de la digitale, on le sait, est persistante et cette persistance peut durer deux ou trois semaines; il y a là une accumulation non de la substance elle-même, dont on ne retrouve aucune trace dans les viscères, mais une véritable accumulation d'action.

Ceci établi, on peut dire, d'une façon générale, que *la digitale est indiquée toutes les fois que le pouls est trop fréquent, irrégulier, et qu'il y a de l'œdème; au cas contraire elle est inutile ou même nuisible.*

En outre, il y a des *contre-indications spéciales* : c'est en particulier les cas où il y a une altération préalable du myocarde qui est devenu plus ou moins graisseux, ou encore lorsqu'il y a une asthénie cardiaque trop prononcée manifestée par une dilatation considérable. Il faut alors l'employer avec les plus grandes précautions et seulement si on n'a pas d'autres moyens à sa disposition.

Il faut tenir compte des cas où l'intolérance gastrique ne permet pas son emploi, intolérance devenue d'ailleurs beaucoup plus rare depuis qu'on a perfectionné les préparations dont on se sert.

Parfois encore la dilatation cardiaque est d'origine gastrique et la digitale ne ferait que l'augmenter, car elle ne serait pas tolérée par l'estomac.

L'athérome artériel a été considéré comme une contre-indication; mais Potain ne partage pas cette opinion, et pense que, même en pareil cas, on peut utiliser la digitale en agissant avec précaution.

On a voulu tirer des *indications d'après le siège de l'orifice malade.*

Ainsi, on a posé en principe que l'on ne devait pas donner la digitale dans l'insuffisance aortique, mais le prof. Potain fait observer que le remède est rarement indiqué dans ce cas, parce que cette lésion ne s'accompagne ordinairement ni de fréquence du pouls, ni d'œdème; mais, si ces accidents se montraient, et si on avait lieu de supposer que le cœur n'est pas altéré, on serait autorisé à se servir de la digitale.

Il en est de même dans le rétrécissement mitral, car pendant longtemps son secours est inutile; mais, si ces mêmes accidents surviennent, il faut y avoir recours.

Quant à l'insuffisance mitrale, c'est elle qui, en raison de la précocité de l'arythmie et des autres accidents, nécessite le plus tôt son emploi; toutefois, il ne faut pas trop en user, ainsi qu'on a tendance à le faire, car on doit craindre d'épuiser son action et de la rendre ainsi impuissante au moment où on en aurait le plus pressant besoin.

Enfin, il est une circonstance qui doit faire hésiter sur son emploi' c'est la coexistence avec l'insuffisance mitrale d'une insuffisance tricuspidienne. Celle-ci, en effet, est modifiée trop rapidement par la digitale qui peut la faire disparaître en vingt-quatre heures; on voit alors survenir de l'apoplexie pulmonaire, de la dyspnée et divers accidents qui permettent de supposer que cette insuffisance fonctionnelle jouait le rôle d'une véritable soupape de sûreté. Lorsqu'elle se ferme trop rapidement, les capillaires du poumon qui sont habitués à une pression moindre ne se mettent pas immédiatement en équilibre et se laissent distendre ou rompre avec l'hypérémie et l'hémoptysie comme conséquence.

Le prof. Potain s'occupe aussi de la question, si controversée toujours et si importante cependant de la préparation de digitale à employer; il condamne la *poudre* qui théoriquement devrait être préférée, et cela parce qu'elle est un peu vomitive et puis parce que son action est très irrégulière.

En effet, la poudre se conserve mal et, au bout de peu de temps, devient inerte.

Les *extraits* sont peu actifs; la *teinture* est variable dans son action.

La préparation, qui, pour lui, primerait toutes les autres, est la *digitaline cristallisée* dite *chloroformique*, qui, comme nous l'avons déjà dit, est assez usitée à présent en France.

Un milligramme de cette digitaline représente 16 milligrammes de digitaline d'Homolle et 2 gr. 40 de teinture, et on peut la doser facilement de manière à pouvoir la donner par quarts de milligramme. Toutefois, il est préférable d'employer la solution qui renferme un milligramme pour 50 gouttes. Sous cette forme, elle n'agit guère sur l'estomac; de plus, il y a intérêt à donner la dose entière de un milligramme en une fois pour ne la reprendre que si l'effet voulu n'est pas obtenu ou si, au bout de quelques jours, il est épuisé.

Chez nous, on reste toujours fidèle et avec raison à la macération et surtout à l'infusion des feuilles de digitale. L. D.

LEVURE DE BIÈRE DANS LA FURONCULOSE.

Nous avons déjà fait allusion à cette singulière médication et nous nous abstiendrions d'en parler de nouveau, si elle n'avait le patronage d'un spécialiste autorisé.

Le dr Brocq raconte du reste, au début de l'article paru dans la *Presse médicale*, qu'il a lui-même accueilli la médication nouvelle avec un scepticisme complet, mais qu'ensuite, convaincu par les faits,

il s'est mis à la prescrire avec un succès presque constant à un grand nombre de sujets atteints d'anthrax ou de furonculose ; il rapporte quelques observations, y compris la sienne propre ; en voici une dans ses détails :

Sujet de 58 ans, depuis 35 ans atteint d'une furonculose des plus rebelles qui lui criblait de clous, parfois même d'anthrax, tout le dos, les parties latérales du tronc, les membres inférieurs, le cou et la partie supérieure des bras. Ayant tout essayé inutilement, il ne faisait plus rien que des lavages antiseptiques à l'alcool camphré et des applications d'emplâtre rouge de Vidal sur les furoncles, quand Brocq lui conseilla d'essayer la levure de bière.

Dès lors, tout changea de face. Au bout de huit jours, il était complètement transformé : la peau se nettoyait à vue d'œil. Au bout de quinze jours, pour la première fois depuis trente-cinq ans, il n'avait plus un seul furoncle. Il prit de la levure pendant un mois, puis il la cessa. Trois semaines plus tard survinrent deux nouveaux furoncles ; le malade reprit immédiatement la levure : les furoncles, au bout de trois jours, cessèrent d'augmenter, puis ils se résorbèrent graduellement. Peu après apparurent encore quelques furoncles, alors qu'il prenait de la levure; mais ces furoncles restèrent à l'état de vestige et n'évoluèrent pas.

Depuis lors, ce malade est resté totalement indemne de clous, d'anthrax, et même, ce qui est encore plus remarquable, de boutons d'acné que, depuis sa jeunesse, il avait constamment eus sur les épaules. Il est vrai que, dans sa perpétuelle crainte de les voir se reproduire, il prend un mois sur deux de la levure de bière. Il la supporte admirablement, et il prétend que sa santé générale n'a jamais été meilleure que depuis qu'il en fait usage.

En résumé, chez la plupart des sujets atteints de furonculose, on observe ce qui suit :

Quand un anthrax de petit volume est déjà en pleine évolution au moment où la levure est donnée, il devient, au bout de 2 ou 3 jours, insensible ; du troisième au quatrième jour, l'œdème périphérique commence à diminuer et il en est de même de la lymphangite quand elle existe; du quatrième au cinquième jour, l'anthrax s'arrête dans son évolution : il n'augmente plus, il commence même à rétrocéder ; la suppuration diminue et cesse complètement dès le septième ou le huitième jour ; à cette date, l'anthrax se cicatrise, mais il persiste souvent des indurations assez volumineuses qui peuvent ne disparaître qu'avec beaucoup de lenteur, parfois après plusieurs semaines.

La guérison est, d'ordinaire, plus rapide s'il s'agit d'un simple furoncle; elle est parfois, pas toujours, plus lente s'il s'agit d'un

anthrax de volume moyen. Le dr Brocq n'a pas encore soigné par ce procédé d'anthrax très volumineux et à complications menaçantes.

Quand on cesse trop tôt la levure, l'anthrax peut avoir des velléités de récidive, aussi est-il prudent de continuer le médicament, tant qu'il y a le moindre symptôme inflammatoire au niveau de l'induration consécutive, et même tant que l'induration est d'un volume notable, à moins que la levure ne finisse par fatiguer le tube digestif des sujets.

Quand il s'agit d'une furonculose rebelle et à foyers multiples, ça et là disséminés, l'action de la levure se fait également sentir du troisième au dixième jour, suivant les cas. Comme l'a fort bien remarqué le dr Debouzy, il peut encore survenir quelques furoncles pendant que le malade prend la levure, mais ces furoncles, à peine perceptibles, n'évoluent pour ainsi dire jamais.

Il semble donc que la levure de bière ait pour effet :

1° Quand on l'administre alors qu'un furoncle ou qu'un anthrax a déjà paru, d'en empêcher le développement, la suppuration, les complications (œdèmes, lymphangites, abcès), de le réduire à un petit noyau induré; mais, en réalité, du moins dans beaucoup de cas, elle ne le supprime pas totalement; cependant, elle peut en abréger considérablement la durée chez certains sujets.

2° Elle semble prévenir et empêcher, dans une mesure très notable, la production de furoncles nouveaux, et elle arrive ainsi à guérir certaines furonculoses rebelles.

En somme, dans ces affections, elle semble avoir un effet restrictif des plus remarquables sur la suppuration.

Dans d'autres dermatoses suppuratives, les acnés par exemple, l'action de la levure est sensiblement moins évidente.

Le dr Brocq hésite cependant à considérer la médication comme spécifique, parce que quelques-uns de ses malades n'en ont retiré aucun bénéfice, mais il trouve que c'est la meilleure assurément de toutes les médications *internes* contre la furonculose et les anthrax.

Les inconvénients de la médication sont peu appréciables; parfois, la levure de bière provoque des pesanteurs d'estomac, des aigreurs, des renvois acides qui se succèdent chez certaines personnes avec une rapidité et une abondance des plus désagréables. Elle peut aussi donner de la diarrhée, mais ce dernier accident est des plus rares ; quand elle agit sur les intestins, le sujet a une ou deux garde-robes par jour, un peu plus faciles qu'en temps normal; souvent même il n'en obtient pas cet effet utile. En somme, pour peu que les malades soient persévérants et dociles, il est de règle que cette substance, quand elle est fraîche, soit bien tolérée.

C'est la levure de bière *fraîche* qu'il faut employer; dès qu'on la

laisse au repos dans un vase, elle se divise d'ordinaire en trois couches : au fond du vase se trouve une partie assez épaisse, molle, d'une couleur café au lait un peu foncé; au-dessus se voit une couche de liquide marron assez foncé; enfin la couche supérieure, de beaucoup la plus épaisse, est formée d'une sorte de crême assez résistante, café au lait foncé, et qui fermente avec beaucoup d'activité. Pour s'en servir, on mélange, tout d'abord, avec soin, les trois couches et on prend une cuillerée à café bien pleine de ce mélange que l'on délaie dans un verre à bordeaux d'eau ordinaire ou d'eau minérale alcaline ou plus simplement dans de l'eau ordinaire ou dans de la bière. Le goût n'en est pas trop mauvais, mais il faut que la levure soit bien fraîche; dès que son goût change, dès qu'elle devient un peu aigre, il faut s'en procurer de nouvelle. En somme, quand on le peut, il faut en avoir de fraîche tous les jours en été, tous les deux jours en hiver, quand il ne fait pas froid; on peut à la rigueur ne la changer que tous les trois jours lorsque la température est très basse.

La dose varie de 3 à 9 cuillerées à café par jour, suivant la tolérance du sujet et les nécessités de la maladie.

D'autres praticiens donnent la levure à des doses plus fortes; par cuillerées à la soupe à la fois. L. D.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE L'INSOMNIE.

Nous avons formulé, il y a quelque temps, le traitement hygiénique de l'insomnie, qui est assurément le moins dépourvu d'inconvénients et le plus efficace pour ramener définitivement le sommeil.

Malheureusement, il ne suffit pas toujours à lui seul; or, la privation de sommeil par elle-même a des inconvénients; ainsi, chez les neurasthéniques, elle entretient et augmente l'épuisement nerveux.

Parmi les médicaments à prescrire contre l'insomnie, le dr Plicque signale d'abord, dans la *Presse médicale*, ceux qui satisfont à une véritable indication causale sans être des hypnotiques; ainsi, l'insomnie, si fréquente à la période secondaire de la syphilis, cède très bien au traitement mercuriel simple, ou mieux encore au traitement mercuriel combiné au traitement ioduré; ainsi encore, l'insomnie liée au paludisme est justiciable de la quinine, celle de la chlorose justiciable du fer, celle des maladies du cœur cède facilement à la digitale.

En dehors de ces cas spéciaux, on s'adressera aux divers hypnotiques.

L'*opium* comme somnifère est aujourd'hui un peu délaissé. On lui fait quelques reproches principaux. C'est tout d'abord une certaine inégalité d'action et son échec assez fréquent surtout chez les sujets

nerveux. C'est la constipation et les troubles digestifs qu'il provoque. C'est enfin de donner un sommeil lourd, agité de rêves pénibles laissant de la fatigue et un état nauséeux au réveil. La première objection, l'échec assez fréquent de l'opium, s'explique presque toujours par l'insuffisance de la dose. A doses faibles, l'opium est, en effet, un excitant cérébral. En employant d'emblée une pilule d'extrait d'opium de 3 centigrammes, et en renouvelant au besoin cette dose au bout de deux heures, les échecs deviennent exceptionnels. Les doses un peu fortes d'emblée semblent en outre entraîner moins facilement l'accoutumance que les doses faibles. L'action constipante de l'opium peut être un avantage dans l'insomnie avec diarrhée. Si cet effet constipant est trop marqué, on peut substituer à l'opium la morphine.

Chez les neurasthéniques, il est prudent de donner l'opium par la bouche, les injections sous-cutanées conduisant facilement à la morphinomanie.

L'auteur prétend que l'*association du camphre à l'opium* donne un sommeil plus calme et plus reposant que l'opium seul, et il conseille cette formule :

Extrait thébaïque	0 gr. 3 centigr.
Camphre	0 gr. 10 —

Pour une pilule. Une à deux dans la nuit.

Les alcaloïdes de l'opium, autres que la morphine, ne sont guère employés comme somnifères.

Le *chloral* a, entre autres avantages bien connus sur l'opium, celui de ne pas donner prise à une accoutumance facile. Après la suppression du médicament, il y a même une certaine persistance de la prédisposition au sommeil. Les premières doses donnent souvent, avant d'endormir, un peu d'excitation, comme une légère ivresse, bien signalée par Mauriac. La dose de 1 à 2 grammes est presque toujours suffisante. A la longue, le chloral peut déterminer des troubles cutanés, peut-être même de l'albuminurie. Chez quelques sujets, il donne très vite de l'irritation des voies respiratoires supérieures, des épistaxis, qui obligent, comme l'a montré Mauriac, à suspendre son emploi. En cas de congestion cérébrale, le chloral échoue presque régulièrement.

Le dr Plicque recommande pour ce cas spécial, et en particulier dans l'insomnie de la fièvre typhoïde, la *quinine* donnée à doses suffisantes dans la journée.

Le *bromure de potassium*, en dehors de la congestion cérébrale, a sa principale indication dans l'insomnie des jeunes enfants. Chez les enfants nerveux, irritables, tourmentés par des terreurs nocturnes, le

bromure réussit fort bien. Les doses indiquées par Simon sont de 10 centigrammes à six mois et de 20 centigrammes à un an. Vers deux ans, on peut atteindre jusqu'à 2 grammees en plusieurs prises. Le bromure est plus nettement indiqué encore dans l'insomnie des épileptiques. Outre son action soporifique, l'action calmante du bromure le fait particulièrement réussir dans l'insomnie produite par le surmenage, les chagrins, les veilles prolongées ou dans celle qui suit la convalescence des maladies aiguës.

Toutefois, s'il survient de la torpeur intellectuelle, de la somnolence dans la journée, si les éruptions cutanées acnéiques presque inévitables sont trop accentuées, ces signes d'intolérance obligeront à en suspendre l'emploi. Dans l'insomnie liée à la douleur, le bromure est très inférieur au chloral, à l'opium et surtout à la morphine.

De même que le bromure. le *sulfonal* n'a qu'un pouvoir anesthésique des plus faibles, C'est dans l'insomnie nerveuse, dans celle des aliénés, qu'il réussit le mieux. L'action est assez lente. Il faut une dose massive (1 à 2 grammes en cachets par fraction de 50 centigrammes) pour produire rapidement le sommeil. Mais l'action est prolongée, se soutient toute la nnit. L'accoutumance est très lente et permet de rester longtemps aux mêmes doses. Le réveil est quelquefois un peu désagréable, pénible et anxieux.

Le *trional* et le *tétronal* s'emploient aux mêmes doses que le sulfonal. Leur action est plus rapide, mais peut-être de moindre durée. A la longue, 1 gr. 50 pendant deux mois, Gierlich a vu le trional donner des accidents analogues à ceux des polynévrites.

La *paraldéhyde* a surtout contre elle sa saveur peu agréable. Cette saveur est assez bien masquée dans l'élixir suivant dont la formule est due à Yvon :

Paraldéhyde	10	grammes.
Alcool à 90°	48	—
Teinture de vanille	2	—
Eau bouillie	30	—
Sirop simple	60	—

Une à deux cuillerées, soit 1 à 2 grammes de paraldéhyde, le soir. L'accoutumance est plus rapide que pour le chloral et le sulfonal.

L'*hypnal*, mélange de chloral et d'antipyrine, par conséquent à la fois soporifiqne et analgésique, a peu d'usages ; il s'emploie en cachets de 50 centigrammes à la dose de 1 gramme.

Enfin, il faut citer l'*uréthane*, un médicament assez oublié qui a l'avantage d'être peu toxique. Il est bien toléré par le cœur, par l'estomac et le système nerveux. Il agit très peu dans les insomnies provoquées par une douleur. Dans l'agrypnie des dyspeptiques, des

cardiaques, des tuberculeux, des débilités, des névropathes, il produit un sommeil calme, une heure environ après son administration. Le seul inconvénient est qu'il doit être donné à fortes doses, 3 à 4 grammes. Huchard, qui a particulièrement étudié ce médicament, conseille la solution suivante :

Eau distillée	100 grammes.
Uréthane	20 —

Trois à quatre cuillerées à café le soir, dans une infusion de feuilles d'oranger. Un gramme par cuillerée à café.

Il ne faut pas oublier que, si nombreux et si efficaces que soient les médicaments contre l'insomnie, leur emploi devra être autant que possible accidentel et transitoire. L. D.

LA SCILLE EN MÉDECINE INFANTILE.

On n'est pas encore parvenu à isoler le principe actif de la scille ; mais les effets du suc de la plante sur la peau, les muqueuses, et après l'ingestion, sont bien connus. Le contact de la scille sur les tissus amène localement une fluxion qui peut aller jusqu'au sphacèle.

L'absorption par la voie digestive amène, si la dose est forte, un véritable empoisonnement, sans diurèse ; si la dose est moindre, non toxique, il se produit des nausées, de la sédation du pouls et de la respiration, une abondante diurèse. La scille a surtout une action diurétique; son effet nauséeux et expectorant, sialogogue, sédatif cardiaque et pulmonaire, n'est qu'accessoire.

La scille a une action évidente dans les hydropisies d'origine cardiaque ou pulmonaire, elle est contre-indiquée dans l'anasarque du mal de Bright; on peut la prescrire aussi contre les épanchements séreux de la plèvre, dans les maladies infectieuses aiguës avec oligurie.

Le dr Comby recommande ce médicament dans la médecine des enfants, non seulement comme un succédané de la digitale dont il n'a pas les inconvénients pour combattre les hydropisies, mais aussi comme un expectorant et un sédatif précieux pour combattre les affections catarrhales de l'appareil respiratoire.

La *poudre,* additionnée de sucre de lait, sera prescrite à la dose de 1 centigramme par jour et par année d'âge. On peut l'associer à la poudre de digitale, de scammonée.

Les deux préparations que l'auteur préconise surtout sont la teinture alcoolique et l'oxymel.

La *teinture alcoolique* se prescrit à la dose de 2 gouttes par jour et par année d'âge, comme la teinture de digitale, à laquelle on peut l'associer :

Teinture de scille — de digitale	} ãã 10 gouttes.
Sirop des cinq racines	15 grammes.
Eau distillée	60 grammes.

La potion entière par cuillerées, dans la journée, pour un enfant de 5 ans.

L'*oxymel scillitique* est préférable encore; on le prescrit à la dose de 2 grammes par jour et par année d'âge; l'auteur indique cette formule excellente contre la bronchite ou la coqueluche :

Oxymel scillitique	10 grammes.
Teinture de belladone Alcoolature de racine d'aconit	} ãã 10 gouttes.
Sirop de terpine	10 grammes.
Eau distillée	40 grammes.

A prendre pendant la journée une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

L'auteur fait mention de deux préparations spéciales, jadis très en faveur : le vin diurétique amer de la Charité, et le vin diurétique de Trousseau, qui retirent de la scille une partie de leur effets.

L. D.

—

TRAITEMENT DE L'ORCHI-ÉPIDIDYMITE BLENNORRHAGIQUE.

C'est un traitement suranné, comme l'a fait observer le dr du Castel, que de soigner encore les orchites aiguës par le repos au lit, les sangsues, l'onguent mercuriel et les cataplasmes.

En effet, grâce au *suspensoir ouaté* et imperméable introduit dans la thérapeutique de ces affections par Langlebert, il y a déjà longtemps, le séjour au lit est absolument inutile. A ce moyen, il conviendra d'ajouter la *réfrigération* au moyen du siphon de chlorure de méthyle, qui est à coup sûr le meilleur procédé pour calmer les douleurs et abréger la durée de la maladie.

Si ce traitement ne se vulgarise pas, c'est à cause de la difficulté qu'éprouvent les praticiens à se procurer le matériel nécessaire : le suspensoir ouaté Langlebert ou Horand n'est pas couramment dans le commerce, et le siphon de chlorure de méthyle n'est pas d'un usage commode ailleurs que dans les grands centres.

Or, l'expérience montre que la méthode est applicable néanmoins : le chlorure de méthyle peut être remplacé par le chlorure d'éthyle, dont les flacons sont entre les mains de tous les médecins. Quant aux suspensoirs perfectionnés, rien n'empêche de leur substituer un suspensoir ordinaire abondamment garni d'ouate.

La réfrigération sera répétée quotidiennement, et grâce à l'immobilisation de l'organe malade par le suspensoir, les malades peuvent aller et venir, travailler comme à l'ordinaire.

On peut seulement reprocher à la réfrigération, dans les cas où il y a de la vaginalite et une tension très forte de la tunique vaginale, de ne procurer qu'un soulagement momentané; c'est alors qu'on pourra recourir à un moyen héroïque, la *ponction*, laquelle se fera très commodément avec la seringue de Pravaz; on pourra même profiter pour cette petite opération de l'anesthésie passagère produite par la réfrigération.

Ajoutons que dans tous les cas, l'usage interne du *salicylate de soude*, du salol ou du salophène a, comme nous l'avons toujours constaté, une action des plus salutaires sur la douleur et l'évolution de l'affection. L. D.

—

DE LA MÉRALGIE PARESTHÉSIQUE.

On a décrit sous ce nom, dans ces dernières années, des troubles de la sensibilité superficielle de la cuisse dus à une névrite du nerf fémoro-cutané. On constate, sur la partie inféro-externe de la cuisse, une zone d'anesthésie ayant la forme d'une raquette à manche dirigé vers le trochanter. A ce niveau apparaissent de temps à autre des fourmillements, des pincements brusques, parfois assez douloureux pour obliger le sujet à s'arrêter quelques instants.

Il n'existe ni troubles trophiques, ni modifications des réflexes. Cette affection, habituellement bénigne, peut rester indéfiniment stationnaire.

Les drs Sabrazès et Cabannes ont publié dans la *Revue de médecine* un travail complet sur cette affection intéressante, et assez commune; il s'agit essentiellement de phénomènes de paresthésie dans le domaine du nerf fémoro-cutané.

Ce nerf, issu de la deuxième paire lombaire, croise la partie postérieure du muscle psoas, vient se placer au-dessus des fibres du muscle iliaque dont il coupe perpendiculairement la direction et contre lesquelles il est appliqué par l'aponévrose iliaque. Il sort du bassin par l'échancrure innominée située entre les deux épines iliaques antérieures. A peine sorti de cette échancrure, il s'engage dans un dédoublement du *fascia lata* et, à deux centimètres au-dessous de l'épine iliaque, il se divise en ses deux branches terminales, une branche fessière, qui croise la direction du muscle tenseur du *fascia lata* et va ensuite se distribuer à la peau de la région fessière; une branche fémorale, qui continue la direction verticale du fémoro-

cutané et innerve les téguments de la région antéro-externe de la cuisse depuis le grand trochanter jusqu'au condyle externe. Mais on a noté certaines anomalies qui peuvent peut-être expliquer quelques particularités de la maladie.

Le fémoro-cutané est le nerf sensible atteint dans l'affection qui nous occupe. La distribution exacte des phénomènes paresthésiques à la zone d'innervation de la branche fémorale et exceptionnellement du rameau fessier (2 cas), affirme cette localisation.

Les auteurs rapportent la *pathogénie* de cette affection à la situation du nerf: en effet, il chemine d'abord dans l'épaisseur d'un muscle indispensable à la station debout et à la marche, le psoas; il se recourbe ensuite brusquement sur le rebord de l'échancrure innominée et côtoie un second muscle, le tenseur du *fascia lata*, dont les contractions pendant la marche vont encore le mettre à l'épreuve en le comprimant et le tiraillant.

Dès lors il sera aisé de comprendre la pathogénie de la méralgie paresthésique: la position superficielle, le parcours et les rapports musculo-aponévrotiques du fémoro-cutané l'exposent à tout instant à être violenté.

Il s'agirait d'une névrite due à une compression ou à un traumatisme directs, à des tiraillements, à des phénomènes congestifs, à une infection générale, à une lésion du système nerveux central; en somme, l'étiologie est très complexe.

La situation superficielle des gros filets nerveux tégumentaires de la cuisse les rend particulièrement vulnérables, d'où l'existence, assez fréquente, de méralgie traumatique et *a frigore*. Les propriétés purement sensitives de ces rameaux expliquent les caractères cliniques un peu spéciaux de cette névrite.

Comme *symptômes*, le sujet éprouve d'une manière constante, une sensation anormale à la face antéro-externe de la cuisse, sous forme de tiraillement, de raideur ou d'engourdissement.

Sous l'influence de la marche, de la station debout prolongée, d'nne ascension fatigante, ou d'une pression quelconque, il survient des accès, se traduisant tantôt par une exagération des phénomènes paresthésiques (engourdissement, sensation de peau morte), tantôt par l'intervention de nouveaux troubles subjectifs (fourmillements, picotements, pincements); le plus souvent il est marqué par l'apparition de douleurs comparées à une cuisson, à une brûlure (37 cas) dont l'acuité entraîne parfois une crise de larmes et une véritable claudication (3 cas). Le siège de ces phénomènes douloureux correspond à la zone de paresthésie.

Généralement, le malade s'arrête quand il marche, s'assied quand

il est debout et un repos de quelques minutes (12 cas) met fin aux douleurs vives; ou bien encore il se couche et le calme revient.

Exceptionnellement, les accès douloureux font défaut et tout se borne à la paresthésie; celle-ci s'étend de l'épine iliaque antérieure et supérieure ou du grand trochanter au condyle externe. Limitée en avant par la ligne médiane antérieure de la cuisse, en arrière par le territoire d'innervation du nerf sciatique, elle a une forme ovalaire à grand axe vertical, à petit axe transversal ou oblique (12 cas). Les sensations anormales, plus accusées au centre de cette zone, vont s'atténuant à la périphérie; parfois leur intensité s'accroît à la partie moyenne et inférieure de la cuisse.

La surface paresthésique n'a pas toujours une semblable extension; elle se manifeste alors sous forme de plaques circonscrites, comprises dans le périmètre susindiqué.

En explorant la sensibilité, on constate la parfaite superposition des phénomènes paresthésiques et des troubles objectifs. Dans un cas cependant il y avait des points d'analgésie disséminés à la surface de la plaque paresthésique. La sensibilité est diminuée à des degrés divers dans ses différentes modalités (13 cas). Souvent l'hypoesthésie est partielle (25 cas), n'existe qu'au contact (8 cas) ou qu'à la piqûre (9 cas). Dans 8 cas l'hypoesthésie tactile et l'hypoalgésie marchaient de pair; dans 1 cas, il y avait un certain retard dans la perception du contact et de la piqûre. L'exploration à l'aide de l'esthésiomètre montrait une différence en faveur du côté sain (2 cas). Par contre, l'hyperesthésie tactile est signalée 9 fois.

Le *diagnostic* ne présentera de sérieuses difficultés que dans les formes frustes, surtout si on ne soupçonne pas l'existence de la méralgie paresthésique, affection encore peu connue.

Il importe de bien connaître la méralgie pour éviter certaines erreurs de diagnostic, pour ne pas confondre, par exemple, les crises méralgiques avec les douleurs fulgurantes tabétiques.

On ne confondra pas notamment la méralgie paresthésique avec la coxalgie : la constance de la claudication, le siège des douleurs, l'ensellure lombaire, l'entraînement du bassin fixeront le diagnostic.

La névralgie sciatique a un siège et des points spéciaux. La flexion de la cuisse, le membre inférieur étant maintenu dans l'extension, accentue les douleurs; dans la méralgie paresthésique, c'est au contraire l'extension exagérée de la cuisse sur le bassin qui est particulièrement pénible.

Le nerf crural, si voisin du fémoro-cutané, est parfois atteint de névralgie ou de névrite; la marche, la station debout prolongée, le fait de croiser les jambes déterminent des exacerbations douloureuses qui s'irradient le long de la *face interne* de la cuisse.

La *marche* de la méralgie paresthésique est variable : l'abolition des douleurs, coïncidant avec le resserrement et la régression progressive des foyers de paresthésie, permet d'espérer une guérison prochaine. Cette affection peut en effet guérir spontanément, après de longues années. Trois fois tout est rentré dans l'ordre sans traitement. Dans 2 cas, d'origine traumatique, la durée a été particulièrement courte (3 mois), mais les récidives restent possibles (2 cas). De plus, dans 17 cas, le mal qui durait depuis longtemps (de 2 à 20 ans) s'est montré rebelle.

Pour le *traitement*, on recherchera avant tout les conditions étiologigues qui pourraient avoir développé l'affection. On explorera la colonne vertébrale, le petit bassin, la région antéro-externe de la cuisse en vue d'une compression possible. Quand le nerf est comprimé à son émergence du rachis ou dans son trajet intra-pelvien, les symptômes sont répartis dans la sphère de distribution des deux branches terminales, fessière et fémorale. On se préoccupera de l'état général du malade et des phénomènes morbides associés à la méralgie, on s'enquerra du diabète, des infections, des intoxications, de la coexistence d'une affection du système nerveux susceptible de retentir sur les nerfs périphériques.

Souvent la cause échappera aux recherches.

Comme traitement de l'affection elle-même, notons d'abord que la flexion de la cuisse sur le bassin met fin momentanément aux douleurs. Des effets favorables plus persistants ont été observés 8 fois par le massage, 6 fois par l'électrisation. Le repos sera recommandé avant tout. Il faut aussi rassurer les malades qui se demandent avec angoisse si les symptômes qu'ils ressentent ne sont pas les signes avant-coureurs d'une maladie grave. L. D.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 24 décembre 1898.

L'Académie vient de faire une perte très sensible en la personne de Sir William Jenner, décédé le 11 de ce mois à Greenwood, Bishop's Waltham (Hampshire), où il s'était retiré depuis un certain nombre d'années. Il appartenait à la Compagnie en qualité de Membre honoraire.

M. Rommelaere donne lecture d'une notice sur la vie et sur les travaux du dr Jenner.

M. Hubert Boëns, correspondant, est décédé le 21 décembre à Saint-Gilles lez-Bruxelles.

RAPPORTS.

1. Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire manuscrit soumis à l'Académie par M. le dr Dethier, à Nessonvaux, intitulé : *Deux cas d'empoisonnement par la belladone à Nessonvaux lez-Liége, en août* 1898. *Contribution à l'étude des coli-bacilloses* — M. Vanden Corput, rapporteur.

M. Vanden Corput présente l'analyse de deux cas d'empoisonnement par les fruits de la belladone dont M. le dr Dethier, de Nessonvaux, a fait l'objet d'un mémoire dans lequel l'auteur a exposé quelques considérations concernant la coli-bacillose.

Il montre l'ensemble des phénomènes toxiques qui ont été très exactement suivis par le dr Dethier, phénomènes qui toutefois ont dû être plus ou moins modifiés par la médication intercurrente, mais qui, en somme, se réduisent à deux périodes : excitation cérébro-spinale d'abord, puis, à un degré plus prononcé de l'empoisonnement, état paralytique avec anesthésie et sommeil comateux pouvant se terminer par la mort.

A l'affirmation de l'auteur que les empoisonnements par la belladone en nature sont rares, M. Vanden Corput oppose le fait que si les annales médicales en font en effet peu mention, c'est parce que beaucoup de ces empoisonnements sont méconnus et que leurs symptômes, quoique très effrayants, se dissipent en général assez vite lorsque la belladone a été ingérée par la voie stomacale; l'absorption de l'atropine, qui constitue le principe actif de la belladone, est au contraire beaucoup plus prononcée en applications externes. Il cite à ce propos deux cas d'intoxication atropique extrêmement curieux : l'un, occasionné chez un enfant par l'usage du lait d'une chèvre qui broutait des plantes de belladone, que les herbivores ont le privilège d'absorber sans en être incommodés, de même que les pigeons, qui tolèrent des doses effrayantes d'atropine. L'autre cas est celui d'un malade à qui l'on avait appliqué sur le ventre des cataplasmes de belladone et qui mourut au milieu des symptômes de la dépression ultime.

Un médecin de Leipzig a vu mourir en deux heures un homme vigoureux après l'application d'une pommade d'atropine sur la plaie d'un vésicatoire.

A propos de l'analogie que présente l'action inébriante de petites doses de ces toxiques, le dr Dethier se demande comment l'homme n'a pas été déjà conduit à s'adresser à la belladone pour se procurer l'ivresse.

M. Vanden Corput fait voir que si cette plante stimule à faible dose certains centres nerveux et produit d'abord un délire qui est loin d'être toujours gai, accompagné souvent d'excitation génésique, elle a

le grave inconvénient de tarir les sécrétions glandulaires et de paralyser bientôt les nerfs moteurs.

Au surplus, cette solanée vénéneuse, qui n'est connue sous le nom de belladone qu'elle porte actuellement que depuis le XVIe siècle, époque à laquelle les belles Italiennes prirent la coutume d'en faire usage pour « se donner de l'œil », était employée déjà par les Syriens dans le but de se procurer une ivresse érotique. Elle entrait dans la composition de la plupart des philtres, si usités à certaines époques.

Une autre solanée voisine, l'*Atropa mandragora*, qui jouit de propriétés analogues, était préconisée par les praticiens de l'antiquité pour rendre les douleurs moins sensibles.

Dans la dernière partie de son travail, le dr Dethier soumet à une discussion scientifique très remarquable la genèse des lésions intestinales qu'il a été porté à soupçonner chez l'un des intoxiqués, en même temps que de quelques-uns des phénomènes observés du côté des muqueuses. L'auteur penche vers la supposition d'une colibacillose résultant de la perte des propriétés phagocytaires de l'épithélium, qui aurait ainsi permis aux colibacilles d'émigrer jusque dans le sang, où néanmoins l'auteur n'a point recherché leur présence.

M. Vanden Corput incline plutôt à croire que l'état fébrile avec exacerbations vespérales observé, de même que la plupart des autres symptômes secondaires, sont le résultat d'une auto-infection consécutive à la paralysie de l'intestin et à la résorption des toxines putrides qui ont dû s'y développer par suite de l'arrêt de toutes les sécrétions de même que des excrétions physiologiques.

Il rapporte à ce propos les remarques qu'il a signalées en 1830 dans une communication au Congrès de Berlin, en faisant voir que dans un grand nombre d'empoisonnements, notamment dans l'empoisonnement par le phosphore, la mort, presque toujours fatale dans ces cas, est due non pas à des produits dérivés du phosphore lui-même, comme on a vainement jusqu'ici cherché à le démontrer, mais aux conséquences d'une auto-infection résultant de la destruction des cellules hépatiques et rénales.

Le rapporteur approuve l'opinion de M. le dr Dethier qui, en terminant, insiste sur l'utilité qu'il y aurait à faire connaître par des tableaux placés dans les écoles de nos campagnes, les images des animaux ou plantes qui peuvent être nuisibles à l'homme.

M. Vanden Corput conclut en proposant de voter des remerciements à l'auteur et de publier son travail dans le *Bulletin* de l'Académie.

— Ces conclusions sont adoptées.

2. Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire manuscrit soumis à l'Académie par M. M. Duyk, pharmacien à Ixelles, intitulé : *Sur quelques nouveaux médicaments à base de bismuth et sur leur analyse.* — M. Blas, rapporteur.

Les médicaments nouveaux ont souvent une composition très complexe; ils sont fabriqués par des industriels qui en ont pour ainsi dire le monopole et les livrent au commerce sous des noms de fantaisie

qui ne rappellent ni leur nature chimique ni leurs propriétés pharmaceutiques.

Ces circonstances rendent difficile au pharmacien de garantir l'identité et la pureté du médicament jusqu'au jour où le nouveau produit ait pu être inscrit dans la pharmacopée, ce qui exige nécessairement un espace de temps très long.

M. Duyk s'est appliqué à l'étude des principaux composés organiques nouveaux du bismuth et a rendu ainsi un réel service aux pharmaciens.

Il y a dosé le bismuth par des méthodes diverses et a déterminé pour quelques composés la teneur en brome et en iode.

Dans un chapitre spécial, l'auteur décrit une méthode nouvelle pour le dosage du bismuth dans ses composés organiques, basée sur l'emploi de l'acide oxalique.

Cette méthode rendra surtout de bons services pour l'analyse des composés bromés et iodés, qui ne supportent pas la calcination, procédé qui fournit des résultats rapides et suffisamment exacts pour tous les autres composés.

Le rapporteur conclut : « Sauf les réserves qui résultent du texte de notre rapport, nous adhérons aux conclusions de l'auteur. Le travail de M. Duyk est remarquable par son originalité et son utilité, en même temps que par sa bonne coordination. Nous avons l'honneur de vous proposer d'en voter l'impression au *Bulletin* et d'adresser des remerciements à l'auteur. »

— Ces conclusions sont adoptées.

3. Rapport de M. Deneffe sur la note manuscrite transmise à l'Académie par M. P. Apéry, pharmacien à Constantinople, intitulée : *Nouvelle méthode thérapeutiqne.*

M. Deneffe analyse le travail envoyé par l'auteur concernant une nouvelle méthode de traitement des maladies ou lésions cutanées, désignée sous le nom de : héliothérapie ou phacothérapie. — Dépôt aux archives.

— Cette conclusion est adoptée.

Note sur les échanges nutritifs et la ration alimentaire de l'adulte ; par M. Barella, membre titulaire.

Pour fixer la ration alimentaire de l'adulte, il faut d'abord connaître quelles sont les pertes de l'économie, son usure, pendant l'inanition absolue. Ces pertes ont été établies pour des hommes d'âges et de poids différents.

Mais pour remplacer 1 gramme d'albumine du corps détruit et qui apparaît dans l'urine, il faut en ingérer une quantité deux fois et demie plus grande et même quadruple. Alors seulement le corps est en équilibre azoté.

M. Barella, puisant dans l'important ouvrage de diététique publié par MM. Munk et Ewald, traduit par MM. Heymans et Paul Masoin, rappelle les conditions nécessaires pour que les échanges nutritifs n'amènent pas l'économie en baisse, pour qu'il y ait équilibre nutritif.

Il décrit le rôle des hydrates de carbone et de la graisse comme agents retardant la désassimilation de l'albumine, agents d'épargne de de cette substance, et leur rôle dans la nutrition du corps.

Quelles que soient les quantités de graisse et d'hydrates de carbone introduites, l'albumine ne peut être rayée de l'alimentation, il en faut absolument, qu'on l'emprunte à l'animal ou aux végétaux. Dans ce dernier cas, ces aliments étant très pauvres en albumine, la quantité d'aliments à ingérer serait énorme et elle exigerait un travail digestif considérable, d'où la dilatation et l'atonie du tube digestif Cette constatation seule explique l'erreur des végétariens purs, qui excluent de l'alimentation non seulement la chair des animaux, mais encore le lait, le beurre, le fromage, les œufs. Quant aux végétariens plus raisonnables ou moins déraisonnables, qui admettent ces dernières substances, leur régime est en réalité un régime mixte.

L'alimentation doit avoir pour but d'introduire chaque jour dans l'économie la quantité d'albumines, d'hydrate de carbone et de graisse qu'elle doit user pendant ce jour.

Les recherches des biologistes établissent que 100 grammes d'albumine, 60 grammes de graisse et 400 grammes d'hydrates de carbone couvrent le besoin nutritif de l'adulte en repos ou se livrant à un travail léger. Pour la femme, qui pèse d'ordinaire moins et qui a plus de graisse, ces quantités sont un peu moindres. Les rations sont différentes d'après les conditions, notamment le travail, l'âge, le climat, etc.

L'auteur donne aussi la ration d'entretien du soldat et du prisonnier. Pour ce dernier, le régime pèche souvent par insuffisance d'albumine, Cependant il doit être tel que le détenu, lorsqu'il a subi sa peine, se trouve en état de pouvoir gagner sa vie par le travail.

M. Barella indique encore quels sont les aliments à recommander à la classe ouvrière pour assurer les trois conditions nécessaires à son alimentation physiologique.

Toutefois, il y a toujours lieu de tenir compte de l'*individualité* de l'estomac. Les règles générales doivent quelquefois fléchir devant certaines conditions particulières de cet organe dont la chlorose et la grossesse nous donnent des exemples.

— Le travail de M. Barella sera inséré au *Bulletin*.

Suite de la discussion du rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire envoyé au concours sur les solanées. — La Compagnie décide, après avoir pris l'avis de la Commission, de ne pas décerner de récompense au travail présenté et de remettre la question au concours.

VARIÉTÉS.

Fréquence des naissances gémellaires. — La fréquence des naissances gémellaires a déjà été étudié par divers statisticiens, mais des chiffres relatant l'âge des parturientes n'ont guère été produits. Quel-

ques documents relativement récents ont permis à M. J. Bertillon de combler cette lacune, et leur étude révèle des lois tout à fait inattendues.

La ville de Munich publie depuis plus de quinze ans la statistique des naissances illégitimes, simples ou multiples, selon l'âge des parturientes. D'après les chiffres de cette statistique, on compte, pour l'ensemble, 10,5 grossesses doubles sur 1,000 grossesses; mais si l'on envisage l'âge de la mère, on relève les différences suivantes :

De 18 à 20 ans	4,8
De 21 à 25 ans	6,5
De 26 à 30 ans	12,1
De 31 à 35 ans	16,1
De 36 à 40 ans	20,8
De 41 à 45 ans	19,5

Ainsi la fréquence des naissances gémellaires augmente avec l'âge de la mère, au point que, de 36 à 40 ans, elle est quatre fois plus forte qu'elle ne l'était de 18 à 20 ans. Cette conclusion se trouve confirmée par d'autres statistiques.

La statistique de la ville de Saint-Pétersbourg fait connaître, en outre, le rang de l'accouchement, et cette donnée jette sur la question un jour entièrement nouveau. Le tableau suivant met le chiffre proportionnel des naissances gémellaires en regard du nombre des accouchements de la mère ; s'il s'agit :

Du 1er accouchement	8,1	Du 6e accouchement	21,1
Du 2e —	9,9	Du 7e —	21,5
Du 3e —	13,4	Du 8e —	22,3
Du 4e —	15,0	Du 9e —	25,7
Du 5e —	18,7	Du 10e —	27,3
Des accouchements suivants	27,7		

La progression est interrompue. Une primipare a trois ou quatre fois moins de chance de procréer des jumeaux qu'une femme qui en est à sa neuvième ou dixième grossesse. Ce résultat est-il dû à l'âge qu'ont nécessairement atteint des femmes qui ont eu un si grand nombre d'enfants ou bien à ce que les femmes sont d'autant plus multipares qu'elles sont plus âgées ? Le document russe permet aussi de répondre à cette question, car il distingue simultanément l'âge des parturientes et le nombre de leurs grossesses antérieures.

L'influence de l'âge est moindre que celle du rang de l'accouchement. La gémellité des primipares de 36 à 40 ans dépasse de peu celle des primipares de 21 à 25 ans; sur les mères dont 6 naissances ont déjà prouvé la fécondité, l'influence de l'âge est nulle; tandis que l'existence de nombreuses grossesses antérieures augmente considérablement la probabilité d'une grossesse gémellaire. L. D.

UNE VISITE AUX HOPITAUX ANGLAIS.

A priori on peut affirmer qu'un grand peuple, riche et pratique comme le peuple anglais, doit nous représenter des innovations judicieuses à imiter. Quoique, en fait de sciences médicales, la grande impulsion semble actuellement venir du continent, le médecin qui visite l'Angleterre peut être certain de ne pas perdre son temps et de revenir chargé d'observations intéressantes.

Peut être qu'un coup d'œil sur les institutions médicales anglaises intéressera nos confrères belges.

Un mot d'abord des études et des universités. Les lois, les institutions sont anciennes ; les règlements pour les examens, pour l'acquisition d'une position médicale, pour le recrutement du corps enseignant datent d'un autre âge ; le mot « université » n'a pas le même sens que sur le continent, mais toutes ces différences ne sont que dans les formes et de fait le visiteur se trouve là devant des facultés de médecine fonctionnant absolument comme ici : cinq années d'études médicales au minimum, les mêmes cours, les mêmes programmes, les mêmes cliniques et les mêmes méthodes.

Ça et là un détail qui frappe le continental :

Nous sommes habitués à voir les bâtiments d'une université disséminés dans les divers quartiers des villes universitaires. En Angleterre on conserve tous les bâtiments en un immense bloc, le type « école » est maintenu, comprenant toujours une chapelle, une salle de fête, des bibliothèques et des musées. Parfois on va jusqu'à aligner à côté de l'université des séries de maisons toutes semblables, exclusivement réservées aux professeurs. A Londres, chaque faculté de médecine est installée toute entière dans l'hôpital dont elle porte le nom. Il y en a ainsi une dizaine dans la capitale même, et elles ont chacune un programme et un corps professoral au complet, enseignant depuis la chimie jusqu'aux spécialités médicales; elles sont munies chacune et indépendamment de laboratoires, de musées et de

bibliothèques. Mais ce ne sont pas là les grandes facultés du pays, elles n'ont pas plus d'élèves que la moyenne de nos facultés belges.

La grande *Alma-Mater* anglaise est à Edimbourg, c'est là aussi qu'on voit se mêler aux cours le plus de races, les nègres, les jaunes, et toutes les nuances de transition accourues des colonies.

En général, les étudiants sont très-actifs; fébrilement, en vrais anglais, ils courent de l'une leçon à l'autre, ils sont sobres, et deviennent des praticiens très-habiles, munis surtout de toutes les connaissances utiles.

L'étranger qui visite les hôpitaux de Londres y reçoit l'accueil le plus agréable et le plus prévenant. Il y a tous les jours à des heures fixes, ici le matin là l'après-midi, des visites de salles par les professeurs. Avec un peu d'orientation, on peut visiter deux cliniques différentes par jour. Les confrères anglais sont aimables et sans façons : non-seulement ils vous permettent de suivre la visite des salles, mais ils se hâtent de vous montrer les cas intéressants et s'informent de ce que vous préférez voir. Vous trouverez là des malades qui ont tous été consciencieusement examinés, par toutes les méthodes connues, et des professeurs qui ne cherchent pas à vous éblouir par des théories nouvelles, ou des découvertes transcendantes. Conformément au caractère national, ils ne parlent pas plus qu'il ne faut. Ajoutez à cela un matériel proportionnel à l'immense cité.

N'était la question de langue, je n'hésiterais pas à déclarer que Londres est le séjour le plus avantageux pour nos jeunes médecins qui veulent voir et apprendre beaucoup de choses pratiques en peu de temps. En Allemagne on ne s'introduit pas si facilement dans les services, et en France il faut en beaucoup d'hôpitaux se défier un peu des nouveautés énoncées, malgré les affirmations les plus catégoriques et les plus éloquentes.

Hélas, quand apprendra-t-on convenablement aux humanités les langues de nos deux grands voisins, l'allemand et l'anglais ? Quand l'horizon d'un *humanior* s'étendra-t-il au-delà d'Ostende et de Verviers ?

A lire les auteurs anglais, même dans leurs plus récentes éditions, on s'attend à les voir s'écarter très fort des continentaux, surtout en fait d'applications thérapeutiques. De fait il n'y a pas longtemps que le médecin anglais avait encore confiance en une foule de moyens

tombés ici en oubli, et il attribuait des vertus tout autres et beaucoup plus étendues aux médicaments que nous employons encore. Tout cela a fondu comme la neige au soleil, et ce qui reste çà et là est peut-être bien solide et mériterait, je pense, qu'on y revienne avec plus d'attention.

Citons un exemple qui étonnera peut-être plus nos jeunes médscius que les anciens.

Les Anglais reprennent la saignée pour les cardiaques atteints d'insuffisance mitrale, quand le cœur en délire laisse les veines distendues de sang noir. En pleine crise donc d'étouffement, ils soutirent d'une veine du bras (ou du cou de préférence) environ 400 grammes, et, pendant que le sang coule encore, le malade se sent soulagé. L'effet est immédiat et incontestable, et il n'y a pas à craindre d'affaiblissement apparent de la circulation pour les jours subséquents. Le repos et la digitale ont alors le temps d'agir.

La strychnine est encore employée énormément, c'est le stimulant, le tonique, l'apéritif, la panacée qui intervient constamment; mais au fond c'est par habitude que l'Anglais le prescrit. Toutefois, beaucoup de praticiens font une injection sous-cutanée de 1 milligramme de strychnine, au lieu de faire une saignée, pour la même détresse circulatoire dont nous parlions plus haut.

Les effets, en tonifiant les muscles des veines et des oreillettes, seraient souvent aussi rapides que ceux de la saignée.

Evidemment ce ne sont pas là des vieilleries, ce sont plutôt des innovations à étudier et à imiter peut-être.

D'autre part, ils usent moins que nous du bromure de potassium chez les épileptiques. Beaucoup en ont un peu peur même, par suite d'études d'anatomie pathologique faites par certains de leurs compatriotes. Certes ils estiment que le choc d'une crise épileptique est plus nuisible que le bromure, mais ils préfèrent expédier les épileptiques à des colonies agricoles qu'ils ont fondées un peu partout dans ce but. Ces colonies où les malades vivent en plein air et s'occupent du labour donnent, paraît-il, de bien meilleurs résultats que le traitement au bromure. Comment la Belgique, qui possède l'incomparable colonie de Gheel, ne s'est-elle pas encore donné la peine de fonder des colonies pour les épileptiques, bien plus faciles à diriger et

à entretenir? Je ne doute pas que nous arrivions à les imiter tôt ou tard; cette médication est beaucoup trop rationnelle, pour ne pas s'imposer un jour.

L'Anglais est pratique et il a souvent la main habile. Il le montre surtout dans l'installation de ses hôpitaux, dont il me faut parler plus longuement. Evidemment, l'hôpital, tel que nous l'avons actuellement, n'est pas à la hauteur du progrès; il doit changer ou il sera abandonné par les populations. Les habitations ouvrières s'améliorent à vue d'œil, les pauvres ne sont généralement plus des miséreux et leurs exigences de bien-être et de liberté croissent rapidement.

Or, l'hôpital, au point de vue du confortable et de la liberté, n'a pas bougé depuis 25 ans. J'en appelle aux médecins des pauvres et des policliniques.

Les malades n'acceptent plus d'entrer à l'hôpital que lorsqu'ils manquent chez eux des soins élémentaires et indispensables à la vie. Ils ne s'arrachent à leur maison et à leur famille que le couteau sur la gorge. Et les motifs de leur résistance se résument à dire : « Il fait si triste à l'hôpital » et ils disent vrai, du moins pour tous nos grands hôpitaux de ville.

C'est regrettable, car comme séjour d'observation et de repos, puis dans beaucoup d'affections graves où il y a des soins continuels à donner, l'hôpital restera une nécessité médicale.

Il s'agit de le moderniser. Une première chose que l'esprit de notre siècle exige, c'est la liberté. La plupart de nos malades, une fois entrés à l'hôpital, ne voient plus la rue jusqu'au jour de leur sortie définitive. Pendant des semaines leur horizon se limite aux parois d'une salle et au mur d'une cour plus ou moins spacieuse. Ils sont incarcérés par la misère. Aussi, sans définir ce qu'ils sentent, ils hésitent à franchir la porte d'un hôpital.

Il y a plusieurs moyens de corriger les hôpitaux à ce point de vue.

1° Le malade doit voir le monde, il doit se sentir si près des autres hommes, qu'il ne s'en croie pas isolé. Voir la rue, regarder les passants, c'est revivre dans la contemplation de la vie. N'est-ce pas la première chose que nous cherchons à faire quand la maladie nous a cloués quelque temps au lit? A peine levés, nous nous traînons jusqu'à une fenêtre, et nous plongeons le regard le plus loin possible comme un prisonnier.

Quoi qu'il en soit, la situation idéale à ce point de vue me paraît réalisée par l'hôpital de Brompton, dans un quartier de Londres. Imaginez-vous un grand square rectangulaire séparé des rues qui l'entourent de toute part par une grille basse, de la hauteur d'un homme. L'une de ses rues est très mouvementée, pleine de voitures et d'omnibus, les autres sont plus calmes. Au centre du square se trouvent les bâtiments de l'hôpital dont nous aurons l'occasion de parler encore; les malades, en se promenant dans leurs jardins, voient donc tout ce qui passe en rue et ils sont vus par les passants. De fait ils flanent dans un square qui leur est réservé et qui est en tout semblable au square public voisin, dans lequel jouent les enfants des londonnais. Pendant le jour les deux larges portes grillées sont laissées ouvertes sous la surveillance d'un concierge, qui n'a guère besoin d'intervenir ni pour expulser des intrus, ni pour retenir des pensionnaires. En somme la place occupée par ce square avec ses bâtiments est moindre que celle qu'occupent la plupart de nos hôpitaux de petite ville.

C'est si simple, et je connais beaucoup d'hôpitaux, qui ressemblent actuellement à des prisons, et où il suffirait d'abattre une muraille et de la remplacer par une grille pour obtenir presque le même résultat. Je suppose qu'au moins le règlement propre aux religieuses hospitalières se plierait facilement à cette nécessité. Actuellement elles sont pour la plupart cloîtrées, et ne peuvent ni voir le monde ni en être vues : cela est pour quelque chose dans la situation actuelle de nos hôpitaux. Suffira-t-il d'en faire la remarque pour faire disparaître un pareil inconvénient?

2° Pour laisser croire le malade à sa liberté, il faut l'autoriser à sortir et à rentrer tous les jours s'il le veut, sans grandes formalités et du moment où ses forces le permettent.

Pour ceci, l'expérience ne vient pas d'Angleterre, mais nous trouvons les exemples en Belgique. Rien n'est plus consolant que de voir la liberté dont jouissent les vieillards des hospices de Louvain par exemple, et la manière dont ils en usent. Que les directeurs timorés de province objectent que leurs vieillards rentrent ivres quand on leur donne quelques heures de liberté seulement. Mais quand on a été enfermé 8 jours, parfois 15 jours ou un mois, et que

pour quelques heures, on se retrouve en liberté, on a hâte de jouir de ce rare plaisir, et on boit à grands traits la liberté et l'alcool. Il n'y a pas que les pauvres vieillards qui subissent cet entraînement, mais voyez les jeunes gens de bonne famille dans nos collèges. N'a-t-on pas plus de peine à empêcher les excès des pensionnaires qui sortent libres une fois par mois que ceux des externes qui sont tous les jours en liberté ?

D'ailleurs, quand on voit à Gheel ce qu'on peut attendre de la liberté, même chez des aliénés, il serait temps d'étendre l'épreuve.

Sans aucune peine, le concierge contrôlerait ce que les malades emportent et rapportent aussi bien que chez les nombreux visiteurs actuels. Les visites d'autre part seraient réduites à leur minimum, car seuls les alités pourraient en recevoir : le régime des visites serait ainsi amélioré à l'avantage des pauvres malades plus gravement atteints.

Voilà pourtant des modifications faciles à introduire, et je suis sûr que bien des médecins les auraient bientôt tentées... s'il n'y avait pas tant d'autres préoccupations qui les absorbent.

Mais il y a une autre chose indigne de notre époque et qu'il faut supprimer dans nos hôpitaux : ce sont les grandes salles de vingt lits. Je me suis toujours dit qu'on devrait y loger quelques nuits les directeurs et les architectes d'hôpitaux qui maintiennent ce système. J'ai interrogé bien des malades et c'est là ce qui leur répugne le plus. Quoi de plus terrible que les nuits pendant lesquelles un ou deux camarades agonisent et râlent ! Passez alors dans ces salles, à peine éclairées, il y règne un silence sinistre, personne ne dort ; ces malades écoutent mourir, ils suivent toutes les péripéties de la lutte finale de la respiration contre l'œdème pulmonaire. Quelle nuit pour ces pauvres malades qui se sentent peut être atteints du même mal !

Quand en une nuit il y a eu deux agonies, souvent le lendemain matin il y a une fugue de tout ce qui peut fuir ; malgré toutes les raisons que donne le médecin, plusieurs malades font leurs paquets, et sans rien écouter ils disent adieu à l'hôpital. Ont-ils tort ? Non, c'est nous qui avons tort : il faut supprimer ces horreurs dignes d'un autre âge. Il y a cent ans, on ne pouvait se faire à l'idée de donner un lit à chaque malade et on les couchait jusque six dans le même

lit pour gagner de l'espace. Aujourd'hui il faut faire un nouveau pas et se résoudre à couper les salles en chambres de deux à quatre lits.

Les Anglais sont résolument entrés dans cette voie. Comme premier type heureux, je citerai cette partie de l'hôpital de Whitechapel formée d'anciennes maisons bourgeoises contigues dont on a seulement percé quelques murailles. Une suite irrégulière de simples chambres, pouvant loger chacune une, deux ou trois malades : n'est-ce pas le type idéal pour le pauvre? Il n'est plus dans un hôpital, il est dans une chambre ordinaire d'une maison bourgeoise.

Seule objection : les difficultés du service. Il n'y en a guère. Les places du centre sont conservées pour les « nurses » et leur cuisine. A elles de caser les malades judicieusement autour d'elles; dans telle chambre deux ou trois femmes qui ne se dérangeront pas l'une l'autre (celles-là en fermant le soir leur porte auront même un petit « home » loin de tout bruit); dans telle autre chambre, une personne d'âge sera placée près d'un enfant dont elle s'occupera çà et là; le plus près du centre, la porte entr'ouverte, se trouveront ceux qui à tout moment peuvent réclamer des secours. Avec un peu de prévoyance les agonisants ne troubleront plus la nuit de personne.

A l'autre bout de Londres l'hôpital de Brompton que j'ai cité plus haut est construit neuf d'après les mêmes idées. A chaque étage il y a une série de grandes chambres avec quatre lits au maximum. Toutes ces chambres ainsi que les annexes s'ouvrent sur un très large corridor chauffé, garni et orné de fleurs, fauteuils, bancs, etc. Une partie médiane de ce corridor est élargie en véranda. Les malades y passent leur journée, à moins qu'ils ne soient alités ou que le temps leur permette le plein air. C'est donc une espèce de salle des pas-perdus dont ils profitent largement : c'est une salle commune sans lits, il est facile de la rendre agréable et de la tenir propre. Les chambres à coucher à leur tour s'entretiennent commodément, il y a des foyers dans chacune d'elles, mais on n'entretient du feu que là où le besoin se fait sentir.

Sans nul doute, de pareils hôpitaux coûtent plus en frais de construction que ceux qui se réduisent à quelques grandes salles; c'est le seul argument; mais dans les villes d'une certaine importance on gaspille si souvent l'argent à la façade et aux ornements inutiles qu'on

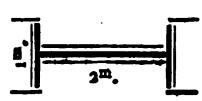
pourrait bien ne pas être si économe pour les choses de premier ordre.

Mais passons même dans ces hôpitaux à grandes salles telles qu'on les trouve encore partout, aussi bien à Londres qu'ici. Eh bien, ces salles ne sont pas aussi tristes que les nôtres, parce qu'on y trouve tout le confortable d'une maison bourgeoise. D'abord des fleurs; *chaque* malade a son petit bouquet quotidien; en outre sur les fenêtres et sur toutes les tables il y a des pots avec des fleurs naturelles ou des verdures. Il y a des tapis disséminés partout malgré la crainte des microbes; des fauteuils de toute forme sont rangés autour du foyer et des tableaux gais, scènes de mœurs et de nature, pendent aux murailles ; une petite bibliothèque contenant des livres pieux et des revues illustrées se trouve à la disposition des malades; parfois même un piano et des livres de chant indiquent que de temps en temps on y fredonne des cantiques en commun.

Le matin on trouve presque tous les hommes lisant les journaux à leur aise. Quoique nos ouvriers n'aient point l'instruction des ouvriers anglais, un grand nombre d'entre eux sont pourtant si heureux de recevoir ça et là des étudiants un journal. Les heures d'oisiveté sont si longues, et les distractions sont si rares.

Je dois ajouter qu'on soigne aussi spécialement l'habillement des malades. La lingerie de corps y est même souvent un peu recherchée surtout dans les salles de femmes; les robes de nuit, les châles y sont variés et très convenables. Il est bien certain que l'habillement soigné relève fort le moral des malades : l'influence de l'habit est un fait psychologique général que nous négligeons trop facilement. Ce sont, paraît-il, des sociétés de dames charitables visitant régulièrement les hôpitaux qui se chargent d'agrémenter ainsi les salles. Si nos hospices avaient à fournir ces petites choses, il y aurait peut-être quelques centaines de francs à y affecter par salle.

Enfin on prend des mesures pour pouvoir placer tous les malades à l'air à moins de tempête. Des abris, simples et pratiques, se trouvent partout à proximité des salles.



Des abris couverts de cette forme, tels qu'on en trouve aussi sur

les quais de Douvres, permettent aux malades de jouir d'un air calme, malgré le vent le plus violent et n'importe sa direction. On les fait en verre, de manière à laisser le regard se porter de toute part. En outre, le fleuriste de l'hôpital (il y a un fleuriste attaché exclusivement au service de beaucoup des grands hôpitaux!) est chargé d'arranger et de pendre de belles corbeilles aux quatre coins de ces abris. Avec quel plaisir les pauvres malades se font porter ou rouler jusque en plein air dès que les bonnes heures de la journée arrivent! Et pour beaucoup d'entre eux cet air, cette lumière, cette joie de voir la nature fait plus de bien, j'en suis convaincu, que toutes les drogues que le médecin pourrait leur prescrire.

Pour les salles qui sont à l'étage, il y a des balcons spacieux et bien abrités aux deux bouts.

C'est ainsi que la plupart des malades de l'hôpital de St-Thomas passent les belles heures du jour à regarder la Tamise et le palais de Westminster.

On voit bien que l'anglais a l'esprit pratique et l'exécution heureuse.

Enfin, j'ai été frappé d'un autre point qui mérite toute notre attention en ce moment.

On construit partout des sanatoria pour tuberculeux. Sur le continent il y en a de bien beaux, mais sous prétexte d'air pur, on les installe loin des centres, presque hors de la circulation ordinaire du monde!

C'est toute une affaire de s'y rendre; et pour le malade c'est une dure décision à prendre, que de quitter tout : famille, amis, pays, et d'aller là, loin, très loin, dans un pays qu'on n'a jamais vu et d'où l'on craint de ne pouvoir revenir.

En Angleterre, les hôpitaux pour tuberculeux sont en pleine ville, et cela a beaucoup de bon.

Je fus stupéfait à ma première visite à l'hôpital de Brompton.

A peu de distance d'une station du train souterrain, en plein encore dans la ville mouvementée, je me trouve tout-à-coup devant un bâtiment d'hôpital, et que vois-je affiché sur une immense enseigne? ... ces terribles mots :

Hospital for Consumption.

C'est l'hôpital situé au centre d'un grand square, et muni de chambre à 4 lits dont j'ai déjà parlé plus haut.

Les malades y vivent donc pour ainsi dire en pleine vie de ville, dans un square réservé à eux, ils sont simplement au repos.

Et que le passant ne s'imagine pas qu'il verra à l'intérieur de cette grille des désespérés accumulés sans courage dans les recoins. Oh non! Les malades s'y promènent l'air content, ils causent, fument, lisent leurs journaux. Ceux qui sont plus sensibles au froid se trouvent dans les vérandas du bâtiment.

Et, si on va assister à la consultation médicale des malades, quel contraste entre ceux qui arrivent pour la première fois, et ceux qui sont en traitement. Les premiers sont pâles, défaits, fatigués : les seconds arrivent calmes et sereins, et à la question, « comment va-t-il? » ils répondent invariablement « Beaucoup mieux! »

Et cela est vrai, ils se trouvent immédiatement mieux : le repos, la bonne nourriture, l'air, le courage et le contentement triplent les forces de leur nature et leur donnent l'avantage dans la terrible lutte qu'ils soutiennent.

Au contraire, nous savons qu'il vaut souvent mieux pour les tuberculeux de ne pas entrer dans un de nos hôpitaux vieux-système.

Et maintenant, que le lecteur ne s'imagine pas qu'en mettant le pied en Angleterre, il ne rencontrera que des institutions hospitalières-modèles. Loin de là, très-loin de là; on peut même dire que en général les anglais n'ont pas fait autant de sacrifices pour leurs hôpitaux que nous, et les médecins anglais s'en plaignent amèrement. Mais comme partout, on tâtonne à la recherche de nouveaux types d'hôpital, et je crois que les essais dont j'ai parlé méritent de fixer notre attention.

En général, les anglais font les choses simplement, sans grands frais, et ils ont dans leur indépendance beaucoup de bonheur d'exécution : n'en est-il pas de même dans leurs machines et leurs industries? Les continentaux, et surtout les allemands qui donnent le ton aujourd'hui, font trop grand, trop compliqué, trop coûteux. On ne peut les imiter qu'à coups de millions : voyez leurs sanatoria, leurs hôpitaux incommensurables, leurs instituts scientifiques, ce sont des palais, tout comme leurs gares, et tous leurs immeubles d'administrations. Ce ne sont pas là les modèles qu'il nous faut : allez plutôt chercher dans les faubourgs de Londres, là se trouvent des types très

réussis et très imitables, et dont les devis ne dépasseront pas les limites de nos budgets ; songez-y surtout pour les sanatoria qu'on souhaite établir partout pour les pauvres. Dr M. IDE.

DE L'ALLONGEMENT ŒDÉMATEUX AIGU INTERMITTENT DU COL PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

La plupart des traités d'accouchements ne font même pas mention de cette affection singulière, que l'on confond souvent avec l'allongement hypertrophique du col ou le prolapsus utérin.

La lecture de plusieurs observations (Geyl, Guéniot, Misrachi) m'a donné l'idée d'exposer la symptomatologie de cette anomalie encore peu connue, et que tout médecin peut rencontrer dans sa pratique.

Brusquement ou à la suite d'une *cause insignifiante* (station debout un peu prolongée, un faux pas, un effort de toux, de miction ou de défécation, une promenade en voiture, etc.), le *col utérin allongé œdématié,* atteignant parfois le volume d'un poing, se montre à l'extérieur, s'accompagnant de *symptômes douloureux très peu intenses, nullement en rapport avec le changement anatomiqne considérable qu'il a subi.*

Les *culs-de-sac vaginaux sont fortement abaissés.*

Le plus souvent par le simple repos au lit, dans le *décubitus dorsal, le siège un peu relevé,* et sans autre intervention active, tout rentre dans l'ordre. Tôt ou tard les *symptômes peuvent réapparaître* et finalement *le col revient définitivement à son état normal après l'accouchement.* La même anomalie peut se représenter dans les grossesses ultérieures.

La tumeur formée par le col est lisse à sa partie inférieure, d'une couleur rouge bleuâtre. Les deux lèvres du col peuvent être également tuméfiées ou seulement l'une d'elles, comme dans l'observation de Geyl (*Sammlung Klinischer Vorträge* de Volkmann, n° 128, 1895). Le col peut présenter ou ne pas présenter d'ulcération ; dans les deux cas une sécrétion muco-sanguinolente plus ou moins abondante s'en écoule.

La partie supérieure de la tuméfaction entourée par les replis vaginaux est plus pâle.

La *mollesse* du col est caractéristique : la pression du doigt y laisse une empreinte qui disparaît rapidement.

Le canal cervical laisse facilement passer le doigt explorateur sans dilatation préalable : il se laisse même ouvrir au point de permettre une application de forceps — c'est ce qui fit dire à Misrachi dans son observation : On assista au curieux spectacle d'une tête fœtale déjà hors du vagin et encore dans l'utérus (la réduction n'avait pu être faite avant l'accouchement, et l'état de souffrance de l'enfant, réclamait une terminaison rapide). Le col n'offre donc pas de résistance à l'accouchement normal.

Dans toutes les observations que j'ai pu recueillir, l'accouchement s'est fait spontanément et rapidement, souvent même l'accoucheur venait trop tard (la seule application de forceps est celle de l'observation de Misrachi).

Et pourtant le col atteint souvent un volume considérable. Ainsi le canal cervical a souvent une longueur de 9 centimètres. Dans le cas relaté par Geyl, la lèvre antérieure seule avait un diamètre de 5 centimètres.

La partie du col qui fait saillie en dehors des organes génitaux a un volume plus grand que celle qui est renfermée dans le vagin, c'est ce que Guéniot explique par la constriction produite par le sphincter vaginal. Aussi la partie vaginale s'est-elle développée surtout en longueur.

Comme je l'ai dit plus haut, les *symptômes douloureux* ne sont nullement en rapport avec le changement anatomique considérable que subit le col, aussi l'apparition brusque de la tumeur semble dans beaucoup de cas effrayer plus la patiente qu'elle ne la fait souffrir.

Les symptômes sont évidemment variables, d'après la sensibilité spéciale des personnes. — Toutes se plaignent de malaises dans les reins, le bas-ventre, de douleurs s'irradiant dans le haut des cuisses.

Aussi longtemps que la tumeur n'est pas sortie des organes génitaux, une gêne, une sensation de plénitude est accusée dans le vagin.

Ajoutez à cela une gêne en même temps qu'un besoin pressant de la miction — et vous voyez que les symptômes ne sont nullement alarmants : l'état général reste excellent.

On conçoit facilement qu'il en soit ainsi. Le péritoine, les nerfs, les vaisseaux ne sont pas tiraillés comme dans le cas de prolapsus aigu, mais seulement plus ou moins irrités, par l'ampliation des portions sous et sus vaginales du col.

Diagnostic. Le diagnostic ne présente aucune difficulté.

Il suffit d'explorer attentivement la tumeur, pour ne pas la confondre avec un placenta ou une partie fœtale, erreur grossière, mais qui a été commise.

Pour affirmer avec certitude l'existence de l'œdème aigu, il faut la réunion de tous les symptômes que j'ai énumérés au commencement.

Dans ce cas et dans ce cas seul on peut dire qu'on a à faire au véritable *œdème aigu intermittent du col, entité morbide nettement définie.*

J'insiste sur cette particularité, qu'il faut la réunion de tous les symptômes pour faire le diagnostic exact, car d'autres œdèmes du col peuvent exister et qui n'ont aucune analogie avec l'affection qui nous occupe.

Ainsi, dans le cas rapporté par Müller, il s'agissait d'un allongement hypertrophique du col avec œdème, dû à l'albuminurie, comme l'a prouvé l'autopsie, et comme l'avaient du reste démontré l'anamnèse, la longue durée de l'accouchement, l'issue funeste, etc.

Il est de toute importance de reconnaître l'affection, car, dans le cas d'allongement hypertrophique du col, il ne s'agit pas de faire de l'expectation, comme dans l'œdème, mais d'intervenir à temps par des incisions multiples. C'est ce que fit Ballochi dans le cas rapporté par Misrachi : « Une femme qui avait eu un seul accouchement antérieur 14 ans auparavant, était en travail depuis deux jours. Malgré les contractions énergiques, la présentation de la tête, l'accouchement ne se faisait pas et le médecin traitant attribuait ce retard à un prolapsus de l'utérus. Ballochi appelé, trouva un gros cône tronqué pendant à la vulve et présentant à son sommet un orifice du diamètre d'un franc ; il fut surpris de constater que sa couleur était d'un *blanc rosé* et plus encore que ses parois étaient épaisses en moyenne d'un demi-pouce et d'une *dureté semblable à celle du tissu cartilagineux.*

En introduisant le doigt dans l'orifice, il dut parcourir un canal de plus de 5 pouces de longueur pour arriver à la tête ; *on atteignait difficilement les culs-de-sac vaginaux.*

Le travail n'avançait guère. Une application de forceps n'était pas possible, sans faire des débridements. Un fort bistouri n'entama qu'avec peine le tissu fibreux; il fallut recourir aux ciseaux et pas une goutte de sang ne s'écoula des incisions. Malgré celles-ci il ne fut pas possible d'introduire la main dans le col et il fallut les multiplier et les prolonger encore d'un pouce pour y parvenir et introduire avec peine les branches du forceps. L'extraction fut très pénible et la femme mourut au 15e jour de ses couches. » —

On voit que ce sont des symptômes tout autres que ceux de l'œdème aigu : la couleur, la dureté, la résistance des tissus, la difficulté d'atteindre le fond des culs-de-sac vaginaux, permirent à Ballochi de faire le diagnostic.

Il suffit donc, comme je le disais plus haut, de faire un examen attentif pour ne pas confondre ces diverses affections.

Il en est de même pour le diagnostic avec le *prolapsus utérin aigu*, surtout si, comme il arrive parfois, il se produit sans symptômes trop inquiétants (cas cité par Fritsch).

Mais la plupart du temps les symptômes accompagnant le prolapsus aigu sont intenses et suffisent à trancher le diagnostic — du reste un signe qui permettrait de faire à postériori le diagnostic, c'est que l'œdème aigu disparaît complètement après l'accouchement — tout rentre dans l'ordre, tandis que le prolapsus reste à l'état chronique.

Dans certains cas (obs. de Geyl), la lèvre antérieure seule a été fortement gonflée et on pourrait objecter que ce gonflement était le résultat de la compression du col entre la tête et les pubis. Mais ici le gonflement se produisit brusquement *pendant la grossesse*, alors que la *tête était encore très mobile* au-dessus du détroit supérieur; du reste le gonflement avait disparu par le simple repos, au moment du travail qui marcha très facilement.

Etiologie et pathogénie. Nous avons vu qu'un effort, un faux pas, suffisent à produire l'accident.

Je m'explique facilement comment, par une augmentation de la tension intra-abdominale, par une augmentation de volume et de poids du corps utérin, *celui-ci peut s'affaisser sur le col*, grâce à un relâchement du segment inférieur, relâchement plus ou moins intense d'après les personnes, mais réel.

Pour comprendre la pathogénie de l'œdème, je crois utile de rappeler quelques notions d'anatomie et de physiologie, qui, je crois, suffiront pour éclaircir cette question et dispenseront de rechercher, comme l'ont fait certains auteurs, un microbe spécial pour expliquer une affection résultant d'une simple cause mécanique.

Le corps utérin est nourri par l'*artère* utéro-ovarienne qui naît directement de l'aorte, et par l'artère utérine, branche de l'artère hypogastrique.

L'artère utérine, avant d'arriver au corps utérin, se divise en deux branches : une inférieure petite, se ramifie dans le col. Une supérieure, la plus forte, se place sous l'orifice interne sur le côté de l'utérus, de là remonte vers le haut le long de la matrice jusqu'à l'embouchure des trompes où elle s'anastomose à plein canal avec l'artère utéro-ovarienne.

La branche supérieure et la branche inférieure s'anastomosent par une foule de petites artérioles formant un réseau dans le tissu utérin et celui du col.

De là le sang se rend dans les *veinules* qui forment sur le côté de l'utérus dans le ligament large un vaste plexus veineux, le plexus utéro-ovarien qui donne naissance à plusieurs branches : les unes se rendent dans la veine hypogastrique, les autres suivent le trajet de l'artère utéro-ovarienne et se comportent différemment à droite et à gauche. Celles de gauche aboutissent à la veine rénale, celles de droite à la veine-cave inférieure.

Quant aux *lymphatiques*, ceux du col se réunissent en deux ou plusieurs plexus placés de chaque côté en dessous de l'orifice interne. Il n'est pas rare non plus que les plus petites branches se réunissent en 2, 3 ou 4 grandes qui se rendent latéralement aux ganglions iliaques.

Les vaisseaux lymphatiques de l'utérus se réunissent en vaisseaux plus volumineux et à la partie supérieure de l'utérus on voit de chaque côté, deux gros vaisseaux lymphatiques qui s'engagent immédiatement dans le bord supérieur du ligament large et s'accolent à l'artère utéro-ovarienne, dont ils suivent le trajet pour remonter jusqu'aux ganglions lombaires.

De même que les vaisseaux sanguins, les lymphatiques du col et de l'utérus sont unis par de nombreuses anastomoses.

Ces faits rappelés, par quel mécanisme se produit l'œdème aigu, dans le cas où l'utérus s'affaisse sur le col, grâce au relâchement du segment inférieur?

Par ce mouvement d'affaissement, la branche supérieure de l'artère utérine se rétrécit, la tension sanguine augmente donc en arrière du point de flexion et une plus grande quantité de sang, sous une pression plus grande, est lancée dans la petite branche qui se distribue au col.

Les plexus veineux, par le même mécanisme, sont comprimés et la circulation de retour est entravée. Il en est de même des vaisseaux lymphatiques situés à l'endroit de la flexion, mais ceux qui sont situés de chaque côté et au milieu de la hauteur du col, ne subissent guère de compression que lorsque le col a déjà acquis un volume considérable.

Or, c'est là précisément le cas dans l'œdème aigu. Par le fait même il y aura augmentation dans la production de la lymphe, lymphe qui se résorbe difficilement, puisqu'il est prouvé que ce sont surtout les veines qui constituent les organes de résorption et que la circulation y est entravée fortement bien plus que dans les lymphatiques.

Ce qui semble justifier cette explication, c'est que le simple repos, dans le décubitus dorsal, le siège un peu surélevé, position permettant à l'utérus de remonter dans la cavité abdominale et n'entravant donc plus la circulation dans le col, suffit à faire disparaître cet œdème, si intense qu'il puisse être.

C'est là aussi le seul et unique traitement. Tout au plus pourrait-on faire un essai prudent de réduction. Si celui-ci ne réussissait pas, on ne devrait guère s'en inquiéter, puisque, comme le prouvent diverses observations et notamment celle de Misrachi citée plus haut, l'œdème aigu ne constitue nullement un obstacle à l'accouchement.

Dr J. DE KONINCK.

DES PARAPLÉGIES CURABLES.

On aurait tort de considérer toutes les paraplégies comme incurables et de s'abstenir vis-à-vis d'elles de toute intervention thérapeutique; le dr Plicque cherche à établir, dans la *Presse médicale*, qu'au

contraire, les recherches étiologiques, faites de bonne heure et de parti pris chez tout paraplégique, fourniront souvent des indications thérapeutiques pleines d'importance et d'intérêt.

Sans doute, parmi les paraplégies infectieuses, les paraplégies syphilitiques sont presque les seules sur lesquelles le traitement possède une réelle efficacité; mais déjà ce groupe constitue plus de la moitié des paraplégies en général. A côté d'elles, les paraplégies de la grippe, de la blennorrhagie, de la fièvre typhoïde peuvent être, elles aussi, utilement traitées dès le début. La classe des paraplégies toxiques offre des indications curatives et surtout prophylactiques de premier ordre. Les paraplégies purement dynamiques de l'hystérie, de la neurasthénie réserveront de temps à autre l'agréable surprise que donnent toujours les guérisons miraculeuses. Enfin, les ressources du traitement chirurgical ont singulièrement amélioré le pronostic des paralysies par compression (traumatismes, mal de Pott, kystes hydatiques, etc.).

Paraplégies syphilitiques. La syphilis peut produire toutes les variétés possibles de lésions médullaires, survenir peu de temps après l'apparition du chancre ou à une époque plus ou moins tardive.

Ce n'est pas seulement la syphilis acquise qui intervient, c'est aussi la syphilis héréditaire : celle-ci explique bien des paralysies congénitales; la syphilis est responsable de la plus grande partie des paraplégies de l'adolescence, indépendantes de la tuberculose vertébrale. Somme toute, la vérole est une cause si fréquente et si pressante de paraplégie que le conseil donné par Mauriac d'essayer dans tous les cas le traitement spécifique, lors même qu'on n'a pas la certitude absolue d'antécédents syphilitiques, est un des meilleurs que puisse suivre le praticien.

Ce sont les moyens les plus puissants : iodure de potassium à doses de 6 et 8 grammes par jour, frictions et injections mercurielles, qui doivent être, bien entendu, mis en œuvre.

Si la syphilis est en cause, il est rare, mêmes dans les formes anciennes et tardives, qu'on n'obtienne pas au moins une action d'arrêt, quelques améliorations de détail. Les formes de myélite les plus brutales, les plus aiguës sont parfois celles qui s'enrayent le mieux et guérissent le plus complètement par le traitement. Certaines formes sont particulièrement difficiles en pratique : le traitement donne une amélioration notable, mais toute interruption, toute diminution même, dans l'emploi des médicaments, sont suivies d'une rechute et d'une poussée nouvelles. Le mercure et l'iodure à hautes doses ne peuvent cependant être indéfiniment continués. Dans ces cas, la révulsion, qu'il est toujours utile d'associer au traitement spécifique, offre souvent une ressource particulièrement précieuse.

Quand la syphilis n'est vraiment pas en jeu, le traitement spécifique intensif aggrave plutôt les accidents. Cette aggravation est, en général, assez nette et assez précoce pour indiquer à temps la nécessité de l'interruption. Elle est d'ailleurs passagère et sans importance durable.

Paraplégies des maladies infectieuses. Le paraplégie est assez fréquente dans la *grippe*. Pratiquement, cette paraplégie est une de celles où les moyens de traitement local : frictions cutanées, massage, mouvements méthodiques imprimés aux membres paralysés, bains sulfureux, cures thermales chlorurées sodiques ou sulfureuses, ont le plus d'efficacité. Les courants continus d'intensité faible (5 à 6 milliampères) en appliquant le pôle positif à la région lombaire, en promenant le pôle négatif sur les membres inférieurs, méritent d'être particulièrement mentionnés.

Dans la *blennorrhagie*, dans certaines *affections urinaires*, on rencontre aussi la paraplégie ; en pareil cas, l'infection vésicale offre souvent pour le traitement une importance particulière. Le traitement des obstacles qui peuvent favoriser la stagnation (rétrécissement de l'urètre), les lavages de la vessie auront souvent sur les troubles paraplégiques la plus heureuse influence. Cette règle du traitement de l'infection vésicale s'applique d'ailleurs à toutes les paraplégies ; causée par la paraplégie, la stagnation de l'urine peut, à son tour, contribuer à aggraver les lésions médullaires. Ces paraplégies d'origine urinaire dont on a jadis exagéré la fréquence, sont trop oubliées aujourd'hui.

Dans la *fièvre typhoïde*, la rétention d'urine méconnue joue parfois aussi un rôle dans l'apparition des paraplégies. Mais, une cause bien plus importante encore au point de vue de la prophylaxie consiste dans la surveillance et le traitement attentif des escarres du sacrum. Très souvent, en effet, la paraplégie succède à une escarre mal soignée et déterminant une méningomyélite de propagation.

Paraplégies toxiques. Les paraplégies dues à *l'alcool* et surtout aux essences (absinthe, apéritifs, vulnéraires) sont extrêmement fréquentes. Elles sont plus fréquentes encore chez la femme que chez l'homme. Leur étiologie est, chez elle, facilement et trop souvent méconnue.

Si l'on supprime de bonne heure la cause productrice, ces paralysies sont très susceptibles de guérison et même de guérison facile. Mais malheureusement, les premiers troubles paralytiques conduisent plutôt le malade à augmenter la quantité d'alcool ingéré. Le stimulant alcoolique donne, en effet, une détente passagère et une amélioration factice ; inversement, la suppression indispensable entraîne une aggravation apparente et momentanée des accidents. Mais, la sup-

pression faite, les moyens locaux déjà signalés à propos des paraplégies blennorragiques et en particulier les courants continus donnent des résulats rapides. Comme moyen général, la strychnine est particulièrement utile, surtout à la période d'affaissement produite par la suppression de l'alcool.

Paraplégies nerveuses. Il faut surtout signaler ici l'*hystérie;* dans les paraplégies hystériques, une indication essentielle est de prévenir les lésions mécaniques qui viennent souvent se surajouter à la paraplégie. La chute des pieds en pied bot équin par le poids des couvertures doit être particulièrement surveillée, car elle peut donner une infirmité durable survivant à la paraplégie. L'emploi de gouttières, le redressement sous le chloroforme peuvent être indispensables.

L'isolément dans un établissement hydrothérapique, loin de la famille, reste le facteur le plus sûr de guérison. L'hypnotisme compte un certain nombre de succès, mais les récidives sont, avec son emploi, particulièrement fréquentes et obligent à des hypnotisations répétées qui ne sont pas sans inconvénient. La provocation d'une attaque convulsive par pression sur une zone hystérogène, quand il en existe une, fait assez souvent disparaître la paraplégie. La faradisation au pinceau, les étincelles statiques réussissent dans cette forme mieux que les courants continus.

La *neurasthénie* pure aboutit très rarement à des paraplégies vraies. Mais les troubles parétiques caractérisent toujours une forme particulièrement sérieuse de la neurasthénie. Ils nécessitent un traitement énergique par l'hygiène générale, l'isolement, l'hydrothérapie et l'électrothérapie. L. D.

DE LA RESPIRATION DE CHEYNE-STOKES.

On sait que le type respiratoire décrit par Cheyne et Stokes se compose de deux phases, régulièrement alternantes : l'une, dite période d'apnée, caractérisée par la suspension de tout mouvement de la cage thoracique; l'autre, dite d'activité, obéissant à un rythme particulier; dans un premier stade les inspirations augmentent progressivement de profondeur et de rapidité, jusqu'à un fastigium au delà duquel elles perdent peu à peu, suivant une allure inverse, leur amplitude et leur accélération; c'est là ce qu'on a décrit sous le nom de stade des oscillations respiratoires ascendantes et descendantes; la durée de chacune de ces phases du cycle respiratoire varie dans une étendue relativement grande, mais, en général, la phase d'apnée est beaucoup plus courte que celle d'activité, elle oscille ordinairement entre 15 et 20 secondes, parfois plus, parfois moins; la période de dyspnée atteignant dans la

majorité des cas 40 à 45 secondes, la révolution d'un cycle complet de Cheyne-Stokes demande donc en moyenne pour s'effectuer une durée de 60 secondes; quant au nombre des respirations effectuées pendant la phase d'activité, les différences sont assez marquées, parfois même chez un seul individu, d'un instant à l'autre.

Il existe en outre certains phénomènes associés que le dr Rabé a mis en relief, dans le travail qu'il vient de consacrer à l'étude du type respiratoire de Cheyne-Stokes.

Il y a d'abord des *troubles psycho-moteurs;* si exceptionnellement la conservation absolue de l'activité psychique peut s'observer pendant la période d'apnée, dans la majorité des cas, à l'inertie des centres respiratoires s'adjoint l'inhibition des sphères psycho-motrices, pouvant aller de la simple obnubilation jusqu'à l'inconscience absolue; le malade s'assoupit progressivement et va même jusqu'à paraître privé de la vie; cependant, si profonde que soit la torpeur du malade, on peut le plus souvent le tirer de là à l'aide d'une excitation plus ou moins vive.

Dans la seconde période, la reprise de la respiration signale le retour des fonctions cérébrales, accompagné parfois de symptômes d'excitation : secousses convulsives, délire.

En second lieu, il y a des *phénomènes oculaires;* outre la déviation lente des globes oculaires, il y a surtout des phénomènes pupillaires : dès l'achèvement de la dernière inspiration la pupille se met en myosis et devient punctiforme, elle reste telle pendant toute la durée de la pause respiratoire, se dilate avec le premier soulèvement du thorax, grandit en même temps que la respiration prend de l'ampleur et de l'accélération; à l'instant de l'acmé, la mydriase est absolue, puis pendant la décroissance respiratoire, la pupille se rétrécit graduellement pour reprendre l'état punctiforme, avec le début de la pause. Parfois, surtout dans les cas graves, la contraction ou la détente du muscle irien s'effectue brusquement. En même temps que la pupille se contracte, elle devient incapable de réagir à la lumière et ne recouvre la sensibilité qu'avec le début de la dilatation.

Les *troubles de l'appareil circulatoire*, par contre, sont peu précis et peu constants; bien des fois, le pouls n'est pas influencé et conserve une teneur uniforme pendant les diverses phases du phénomène ou bien, s'il est irrégulier et intermittent, c'est du fait de la déchéance de la fibre cardiaque.

Quant à la *physiologie pathologique*, le type respiratoire de Cheyne-Stokes devrait être attribué à la diminution ou à la suppression du stimulus cérébral; le cerveau remplit, vis-à-vis du bulbe, le même rôle modérateur qu'il exerce vis-à-vis de la réflectivité médullaire,

actionnant d'une façon constante et régulière les noyaux respiratoires de la moelle allongée; dès que l'activité psychique souffre dans son fonctionnement, les troubles du rythme respiratoire peuvent apparaître; le phénomène de Cheyne-Stokes devient symptomatique de l'insuffisance cérébrale.

En ce qui concerne l'*étiologie*, le rythme de Cheyne-Stokes, observé au cours d'affections multiples et disparates, relève surtout de deux ordres de conditions : intoxications et troubles circulatoires.

A. *Intoxications*. C'est aux intoxications qu'on a attribué l'influence prédominante; en premier lieu, l'*intoxication urémique* réalise le plus souvent le terrain favorable à l'éclosion du phénomène de Cheyne-Stokes; les rapports unissant la respiration périodique à la néphrite chronique sont aujourd'hui bien connus; elle peut parfois s'observer aussi au cours de la néphrite aiguë; c'est surtout à l'action toxique des poisons urémiques sur les cellules de la calotte hémisphérique que l'on tend actuellement à rattacher l'apparition de ce rythme.

C'est également l'intoxication qui paraît provoquer le développement de la respiration périodique au cours des maladies infectieuses, son action étant d'ailleurs aidée par les troubles de la circulation fréquemment observés (asthénie cardiaque, anémie artérielle). On l'a signalé dans la *fièvre typhoïde*, dans la *diphthérie*, dans la *grippe* à forme cardio-bulbaire (Huchard), dans la *variole*, dans les *affections aiguës des voies respiratoires*, dans le *choléra*.

Parmi les médicaments susceptibles de provoquer la périodicité respiratoire, c'est surtout à la *morphine* qu'on a attribué cette propriété. Les *bromures*, qui exercent une action dépressive et anémiante sur l'axe encéphalo-médullaire, donnent parfois naissance à la périodicité de la respiration.

B. *Influences mécaniques*. A côté des cas où l'intoxication joue un rôle prédominant, se plaçent ceux où l'action mécanique domine l'étiologie du Cheyne-Stokes; les *lésions méningo-encéphaliques* peuvent amener la respiration intermittente et on l'a signalé dans des cas de *tumeurs du cerveau ou du cervelet*, au cours de l'*hydrocéphalie chronique*, des lésions en foyer du cerveau *(ramollissement* avec ou sans *embolie, hémorrhagie cérébrale)*, d'inflammations interstitielles chroniques de l'encéphale *(paralysie générale)*, d'affections aiguës des méninges du cerveau ou de la moelle *(méningite tuberculeuse, méningite cérébro-spinale)*. Le rythme de Cheyne-Stokes est même d'observation relativement fréquente au cours de la méningite tuberculeuse et celle-ci accapare, avec l'hémorrhagie cérébrale et la toxhémie urémique, la plus grande part de l'étiologie du rythme de Cheyne-Stokes.

C. *Troubles circulatoires*. Le phénomène de Cheyne-Stokes

s'observe encore au cours des *cardiopathies*, avec ou sans lésions orificielles. L'auteur a particulièrement insisté sur cet ordre de causes, et a trouvé que les sujets porteurs d'altérations scléro-athéromateuses localisées au cerveau ou au cœur, parfois à l'appareil cardio-aortique, réalisent les conditions favorables au développement de la respiration de Cheyne-Stokes; ce rythme peut évoluer, sans participation aucune des reins, le jour où éclatent les accidents asystoliques.

Dans 15 observations réunies par Rabé, les relations de l'asystolie et du rythme périodique ont été évidentes.

Il est à remarquer que, au cours même de l'intoxication urémique, la dyspnée intermittente appartient à la phase terminale de la néphrite chronique, phase où les altérations cardiaques entrent pour une large part dans l'expression symptomatique.

En résumé donc, l'urémie ne résume pas à elle seule toute l'étiologie du rythme de Cheyne-Stokes, les troubles circulatoires engendrés par l'artériosclérose cérébrale et aggravés par l'asystolie ou réciproquement l'insuffisance cardiaque, à laquelle s'adjoint l'athérome des artères de la base, suffisent sans participation aucune des reins à provoquer la périodicité respiratoire.

Le *pronostic* du rythme respiratoire de Cheyne-Stokes a été longtemps considéré comme à peu près fatal, mais il faut tenir compte surtout de la lésion causale.

Si le pronostic est fatal quand ce rythme accompagne la néphrite chronique à sa période terminale, ou les lésions méningo-encéphaliques graves, en revanche, lorsque les facteurs pathogéniques du symptôme sont intermittents et passagers, il peut disparaître; ainsi en est-il dans l'asystolie des artério-scléreux, la défaillance du myocarde pouvant céder à un traitement approprié, mais l'apparition de la dyspnée périodique n'en reste pas moins un avertissement sérieux, indiquant l'existence de lésions cardio-artérielles profondes; l'asystolie reste menaçante et une nouvelle crise d'asthénie cardiaque peut survenir du fait d'une cause minime; le pronostic doit donc toujours rester très réservé.

Pour le *traitement* il semble que la digitale soit tout d'abord indiquée pour rétablir la contraction défaillante du muscle cardiaque et rétablir les conditions normales de l'irrigation cérébro-médullaire; ce remède a cependant quelquefois exercé une influence plutôt défavorable. Cet inconvénient sera atténué en associant la morphine à la digitale.

La *morphine*, bien que la chose paraisse en contradiction avec le rôle possible du médicament dans l'apparition du phénomène de

Cheyne-Stokes, est le remède le mieux approprié en l'espèce; dans tous les cas, la morphine paraît avoir calmé l'anxiété, fait disparaître la respiration périodique, amené le sommeil.

Si utile que soit la morphine, il convient toutefois de ne l'employer qu'à doses minimes (1/2 centigr. à 3/4 de centigr. le soir), en raison de l'insuffisance rénale, toujours à craindre chez les artério-scléreux.

L. D.

—

DES CONTRE-INDICATIONS MOMENTANÉES DE LA VACCINE.

En principe, les enfants nouveau-nés doivent être vaccinés le plus tôt possible. La variole peut, en effet, les atteindre aussitôt après leur naissance et elle leur fait courir des risques dès leur première sortie. Ils ne seront donc jamais préservés trop tôt.

Ainsi, dans les maternités de l'Assistance publique de Paris, comme nous l'apprend le dr Saint-Yves Ménard, les enfants, qui ne restent que huit à dix jours, sont vaccinés avant leur départ. Comme le service ne se fait qu'une fois par semaine dans chaque établissement, on y rencontre des sujets de un à six jours. La vaccine évolue chez eux très normalement, très régulièrement, sans réaction marquée, sans trouble de la santé, sans modification de l'accroissement. Plus de douze mille enfants sont ainsi préservés hâtivement, chaque année, dans les hôpitaux de Paris, avant de se disperser dans la ville ou d'aller en nourrice en province, où ils resteraient des mois, des années peut-être, sans être vaccinés.

Toutefois parmi les enfants en question, il en est qui ne sont pas vaccinés aussi tôt : ce sont ceux qui ne présentent pas un développement suffisant : ainsi, il est convenu qu'on ne vaccine pas les enfants dont le poids est inférieur à 2500 grammes.

Dans les familles, il n'y a pas lieu de se presser autant et on attend généralement jusqu'à 6 semaines, 2 ou 3 mois.

Le dr Saint-Yves signale cependant une contre-indication formelle à la vaccination des enfants, c'est l'eczéma. Qu'il siège à la tête ou sur toute autre partie du corps, qu'il soit plus ou moins généralisé, qu'il ait une surface humide ou sèche, il doit toujours fixer l'attention du médecin. Pour son compte il ajourne toujours la vaccination d'un enfant porteur d'eczéma humide, quel que soit le siège du mal, ou d'un enfant atteint d'eczéma sec à la face et sur le cuir chevelu; il hésite à vacciner celui qui a de l'eczéma sec sur le corps seulement. La raison capitale, c'est que les enfants courraient le risque d'avoir des pustules vaccinales supplémentaires sur les taches eczémateuses.

Une autre raison, moins grave celle-là, mais visant précisément les

cas les plus bénins, c'est que la vaccine est quelquefois l'occasion d'une poussée eczémateuse, soit au voisinage des inoculations, soit en d'autres points du corps.

L'ajournement pour cause d'eczéma est donc bien motivé.

Comment se produisent ces éruptions?

Les surfaces avivées par la lésion eczémateuse favoriseraient-elles la production de vaccine généralisée, par infection? Ou bien, est-ce le vaccin même qui a servi à la vaccination, qui a été déposé en excès et qui se trouve transporté à l'état liquide ou à l'état sec soit par contact direct — si, par exemple, la tête tombe de côté et touche le bras — soit par contact indirect, par l'intermédiaire des vêtements ou de mains étrangères. Le vaccin coupable d'auto-inoculations supplémentaires peut être encore celui qui se développe après la vaccination : il est actif dès le troisième jour et il trouve l'organisme réceptif jusqu'aux sixième et septième jour.

L'auteur admet qu'il s'agit plutôt de transport du vaccin sur les surfaces eczémateuses, et il conseille, si les circonstances nous décident à vacciner un enfant porteur d'eczéma, de prendre tous les soins nécessaires pour éviter les auto-inoculations : pour cela, faire *une seule piqûre* sur un point de peau saine, après avoir déposé une *très fine gouttelette* de vaccin; un instant après, laver la peau à l'eau boriquée et l'essuyer avec du coton hydrophile; puis, appliquer une couche de collodion riciné élastique qui sera renouvelé au besoin les jours suivants. Dans ces conditions, les mauvaises chances sont réduites au minimum.

Quant à l'éruption vaccinale supplémentaire, ce n'est pas une complication bien grave, même quand elle est très abondante; sans doute, elle n'a jamais été fatale; mais elle laisse des cicatrices étendues sur lesquelles ne poussent ni cheveux, ni barbe. L'observation montre souvent que la vaccine, réduite à elle-même, ne donne qu'une faible réaction générale, seulement elle peut être compliquée d'infection staphylococcique et streptococcique plus ou moins grave. En tout cas, les éruptions supplémentaires causent toujours une grande inquiétude et une déception dans une famille qui s'attendait à une simple vaccine inoffensive. L. D.

—

TRAITEMENT DE LA DÉBILITÉ CONGÉNITALE.

Il s'agit le plus souvent d'un enfant né prématurément, en tout cas, d'un enfant qui, par son développement retardé et incomplet, ou l'insuffisance fonctionnelle de ses divers organes, est particulièrement exposé à l'action nocive des agents physiques et des infections diverses.

Pour le faire vivre, il faut, selon un article de la *Presse médicale*, d'abord lui *fournir de la chaleur*, qu'il fabrique en quantité insuffisante.

On réalisera cette indication dans une *chambre chauffée* ou dans une *couveuse artificielle*.

La température de la chambre destinée à l'incubation doit pouvoir être maintenue d'une façon constante pendant plusieurs semaines à 25° environ au moyen d'un calorifère ou d'un feu toujours allumé. La production de chaleur doit être réglée de telle sorte que les écarts de température ne dépassent pas 2°. La chambre sera ventilée d'une façon régulière et des précautions seront prises pour qu'au moment du renouvellement de l'air, la température ne subisse pas un abaissement trop brusque. Des linges mouillés exposés dans un coin de la pièce maintiendront l'air dans un état d'humidité convenable.

Ces conditions étant souvent difficiles à remplir, Marfan se sert du procédé suivant : Devant une cheminée où l'on fait un grand feu, on installe un paravent; on recouvre l'espace ainsi limité par un drap de lit ou une couverture : on a ainsi une véritable chambre d'incubation, où l'on peut obtenir facilement une température de 25° à 28°.

Avec les couveuses artificielles, il est plus facile d'obtenir un milieu atmosphérique à température élevée et constante.

La couveuse doit répondre à certaines conditions essentielles :

Elle doit être *facile à désinfecter*. Dans ce but, on choisira soit la *couveuse Lion*, employée à la Maternité de Paris, dans le service d'accouchement de l'hôpital Beaujon, etc., entièrement métallique, qui peut être désinfectée à l'étuve; soit la *couveuse en faïence* du prof. Hutinel qui se stérilise par les lotions au sublimé.

Elle doit offrir une *température constante*. Avec la couveuse Lion, la régulation thermique est mécanique, le personnel médical n'a point à s'en occuper. Avec la couveuse du professeur Hutinel, la perfection de la régulation thermique dépend de l'attention des personnes qui veillent l'enfant.

La *température* intérieure de la couveuse sera en moyenne de 30 à 32°. Mais si l'enfant qu'on y place présente une hypothermie considérable, si la température rectale s'abaisse à 35°, à 33°, à 30° même, la température de la couveuse devra, pour lutter efficacement, être élevée à 35° ou 37°.

La température de la couveuse restera constante pendant les premiers jours de l'incubation; puis, lorsque l'enfant semblera assez vigoureux pour être sorti de l'appareil, on l'abaissera à 28°, à 25°, etc., jusqu'à la température de la pièce où est placée la couveuse.

Il faut encore surveiller la *ventilation* dans la couveuse et assurer

l'*humidité* de l'air qui y est contenu, ce qui s'obtient grâce à une éponge imbibée d'eau, placée à l'intérieur de l'appareil.

Les indications de l'emploi de la couveuse sont difficiles à préciser; elles reposent sur la considération de l'*âge*, du *poids*, de la *température* et de l'*état général* du nouveau-né.

Les enfants nés avant terme doivent d'autant plus être placés en couveuse, qu'ils sont venus au monde à une époque plus éloignée du terme normal. Mais tout prématuré ne commande pas nécessairement l'emploi de la couveuse. Il y a des enfants nés un peu avant terme qui ont déjà subi dans l'utérus un développement suffisant pour pouvoir vivre dans les conditions atmosphériques ordinaires, tandis que d'autres enfants, nés à terme, sont débiles et incapables de vivre dans ces conditions.

Les enfants au-dessous de 2.000 grammes nécessitent presque toujours une incubation artificielle, et cela d'autant plus que leur poids est plus faible. Mais la limite de 2.000 grammes n'est pas absolue; certains enfants pesant 1.800 grammes peuvent se passer de la couveuse, tandis que d'autres pesant plus de 2.000 grammes, mais atteints de sclérème, ont besoin d'une incubation passagère.

Lorsque la température rectale du nouveau-né est au-dessous de la normale, et s'y maintient, l'incubation est nécessaire; elle l'est d'autant plus que la température est plus basse.

L'état général du nouveau-né fournit aussi une précieuse indication. Lorsque celui-ci présente les caractères de la débilité congénitale, lorsqu'il est atteint de cyanose des extrémités ou de sclérème, l'emploi de la couveuse est absolument indiqué. Il est contre-indiqué chez les enfants déjà infectés, atteints par exemple d'érysipèle, de bronchopneumonie, d'abcès cutanés : chez ceux-là, l'incubation donne de très mauvais résultats.

L'enfant est placé emmailloté dans la couveuse; pour éviter l'hypostase, on le couche tantôt sur le côté droit, tantôt sur le gauche.

Toutes les deux heures, il est sorti pour l'alimentation et les soins de propreté. Ces soins devront être donnés le plus rapidement possible, et, pendant ce temps, l'enfant sera exposé à un bon feu.

Le poids de l'enfant est noté tous les deux jours; sa température est prise dans le rectum matin et soir, car c'est par ces deux données qu'on juge le mieux de l'état du nouveau-né.

La *durée de l'incubation* varie avec l'âge de l'enfant et la cause qui la nécessite. Parfois il suffit d'un séjour de quelques heures pour ranimer les enfants qui ont subi l'action du froid. En moyenne, cette incubation est de une à deux semaines, mais elle a parfois été plus prolongée.

C'est encore la *température*, le *poids* et l'*état général* de l'enfant qu'il faut consulter pour savoir quand doit cesser l'incubation.

Lorsque la température est revenue à la normale, ou même lorsque, sans avoir atteint 37°, elle montre une marche régulièrement ascendante, en même temps que le poids augmente et que l'état général s'améliore, l'enfant peut être retiré de la couveuse.

Il n'y a pas intérêt, en effet, à prolonger trop longtemps l'incubation, car, lorsqu'elle n'est plus absolument nécessaire, les progrès du nouveau-né deviennent moins marqués; il suffit alors de sortir l'enfant pour voir son poids augmenter rapidement.

En cas de débilité congénitale on recourra aussi volontiers à divers *moyens de stimulation* de la nutrition.

Ainsi, un *bain chaud* à 37°, d'une durée de deux minutes, sera donné tous les jours. La peau sera ensuite soigneusement essuyée et séchée avec un mélange de talc, d'amidon et d'oxyde de zinc (Marfan).

Si le bain provoquait du refroidissement et des menaces de collapsus, on pourrait le remplacer par des lavages successifs de chacune des parties du corps avec de l'eau chaude et du savon; s'il existait un peu d'infection cutanée, on ajouterait aux 10 litres d'eau du bain un litre de solution de sublimé à 1 pour 1000.

On peut encore pratiquer, matin et soir, durant cinq minutes, un *massage* délicat du tronc et des membres de l'enfant, mais en ayant bien soin de ne pas irriter la peau qui, chez l'avorton, est particulièrement délicate.

Hutinel préfère à ces moyens mécaniques les injections de 10 centimètres cubes de sérum artificiel faites, matin et soir, avec la plus plus minutieuse asepsie, au niveau de la région lombaire.

Il est essentiel aussi, chez le nouveau-né délicat, d'*assurer l'asepsie de la surface cutanée* par tous moyens.

Enfin, l'*alimentation* exige, chez les enfants débiles, les précautions les plus minutieuses.

Si le nouveau-né peut téter, il devra être nourri par sa mère ou par une nourrice bien choisie; il prendra le sein toutes les deux heures, et pendant peu de temps chaque fois.

S'il ne tète que faiblement, la nourrice devra garder avec elle son enfant ou se tirer du lait avec une téterelle, de peur que sa sécrétion lactée diminue.

Si la mère a trop peu de lait, sn pourra ajouter aux tétées un peu de lait de vache stérilisé, coupé au tiers ou à moitié d'eau bouillie sucrée au dixième.

L'allaitement artificiel, chez les débiles, donne de très mauvais résultats. On a conseillé le lait d'ânesse ou le mélange de Bretonneau :

celui-ci se compose de lait coupé à parties égales avec du bouillon de veau préparé sans herbes et sans sel, à raison de 250 grammes de viande pour 500 grammes d'eau ; on fait bouillir pendant trois quarts d'heure, et l'eau évaporée est remplacée par de l'eau bouillante (Marfan). Au début, 8 grammes du mélange suffisent à chaque repas ; plus tard on donnera 15 grammes.

Lorsque le nouveau-né est trop débile pour téter, la nourrice l'y aidera en pressant sur son sein ; elle fera ainsi couler du lait dans la bouche de l'enfant ; ou bien elle se tirera du lait avec une téterelle et ce lait sera donné à la cuiller.

Si l'allaitement à la cuiller est impossible, on aura recours à l'allaitement par le nez ou au gavage.

L'allaitement par le nez se pratique, l'enfant étant couché sur le dos, en faisant couler du lait à l'aide d'une seringue ou d'une cuiller à bec allongé dans ses narines : le lait coule dans le pharynx et est dégluti.

Le gavage à la sonde se pratique avec un tube Faucher de petit calibre, introduit par la bouche ; il est souvent mal supporté.

L. D.

—

DES ALTÉRATIONS DU LAIT.

Dans son traité de l'allaitement, le dr Marfan a, entre autres sujets intéressants, exposé les altérations que subit le lait conservé et les conséquences qui en découlent pour l'allaitement.

Les microbes du lait sont les uns *pathogènes* (microbes de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, etc.) ; ils se rencontrent dans des conditions bien déterminées.

Les autres sont des *saprophytes ;* ils se trouvent d'une façon à peu près constante dans le lait de vache. Certains de ces saprophytes agissent sur la caséine, les autres sur le lactose qu'ils transforment en acide lactique.

La fermentation lactique est sous la dépendance d'un microbe très étroitement apparenté, s'il n'est pas identique, avec le bacterium coli commune. On peut en déduire que le ferment lactique, ou, plutôt, que les ferments lactiques (car il y en a plusieurs variétés) proviennent des matières fécales qui souillent presque constamment le pis des animaux et qu'ils pénètrent dans le lait au moment de la traite.

On peut rapprocher du ferment lactique le ferment butyrique qui a la même origine ; ce ferment exerce son action sur l'acide lactique qu'il transforme en acide butyrique. Quand la fermentation continue, d'autres acides apparaissent (acides propionique, valérique. etc...).

Les ferments de la caséine se rattachent au groupe du *bacillus subtilis*. Ils agissent sur la caséine par l'intermédiaire de poisons qu'ils sécrètent. Ils la coagulent d'abord à l'aide d'un ferment analogue à la présure de l'estomac; ils liquéfient ensuite le coagulum (caséine) en le peptonisant à l'aide d'un second ferment découvert par Duclaux. Cette action des ferments de la caséine serait bienfaisante si elle s'arrêtait là, mais elle est plus étendue. La caséine peptonifiée est, en effet, transformée en leucine, tyrosine... et autres produits plus ou moins toxiques. Ainsi s'explique la nocivité du lait corrompu. Déjà les ferments lactiques engendrent une acidité nuisible aux actes de la digestion, mais ce sont les produits de leur vie qui sont surtout dangereux. Les acides lactique, butyrique, propionique, valérique sont, en effet, des poisons, tout comme la leucine, la tyrosine et les composés ammoniacaux engendrés par les ferments de la caséine. Ce ne sont vraisemblablement pas là les seuls produits toxiques créés par ces microbes; il en est qui doivent échapper à notre investigation.

Enfin, il est bon de rappeler que, dans certaines conditions, ces saprophytes deviennent pathogènes (augmentation de leur nombre, exaltation de leur virulence). Les expériences de Flügge et Lübbert sont démonstratives à cet égard.

La conclusion à tirer de ces faits est que les laits qui ont subi l'influence trop prolongée de ces ferments (auxquels il faut ajouter, pour être complet, les microbes des laits colorés, amers, visqueux, etc...) sont impropres à l'allaitement. On comprend aussi pourquoi leur usage est une des causes des gastro-entérites des enfants du premier âge. L. D.

—

DES PHASES DE LA DIGESTION DU LAIT.

Le dr Marfan expose que la digestion du lait chez le nourrisson comprend trois phases.

Dans la première, qui dure une heure environ, la réaction du chyme restant neutre ou alcaline, la présure coagule la caséine. Dans la seconde, la réaction du chyme devient acide : cette phase correspond à la formation de l'acide lactique et aux combinaisons de la caséine avec les composés chlorés du suc gastrique; la réaction acide est due aux combinaisons chloro-organiques et à l'acide lactique. Cette phase terminée, l'estomac se vide, et alors apparaissent les réactions de l'acide chlorhydrique libre.

La digestion gastrique se fait en une heure et demie ou deux quand l'enfant est élevé au sein; en deux heures et demie ou trois heures quand il boit du lait de vache, bouilli et stérilisé; en quatre heures, d'après Reichmann, quand il est alimenté avec du lait cru.

La caséine coagulée dans l'estomac est attaquée, à son arrivée dans l'intestin, par la trypsine du suc pancréatique qui la liquéfie et la dédouble en une peptone inaltérable absorbée telle quelle (antipeptone), et une autre (hémipeptone) qui sous l'action prolongée du suc pancréatique, donne des acides amidés (leucine, tyrosine, hypoxanthine) et divers produits mal connus.

Quand l'enfant est nourri au sein, la caséine arrive dans l'intestin en caillots très menus, de sorte que l'action de la trypsine s'accomplit vite et bien. De plus, la digestion intestinale se fait tout entière dans le duodénum, c'est-à-dire dans une région où il y a peu de microbes. Ce fait explique, ainsi que l'a remarqué Senator, le faible degré des putréfactions intestinales chez l'enfant nourri au sein. C'est également dans le duodénum et les premières portions du jéjunum qu'a lieu l'absorption.

Avec le lait de vache il en est autrement. La caséine arrive dans l'intestin en caillots volumineux qui se liquéfient lentement et imparfaitement. La digestion ne se fait plus seulement dans le duodénum, mais dans tout le tube intestinal, où les microbes abondent. Il en résulte des putréfactions intestinales beaucoup plus marquées qu'avec le lait de femme. Le retard dans la digestion du lait de vache est dû à la grande quantité de caséine qu'il contient. L. D.

—

DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

Le dr Marfan a posé la question, toujours débattue, de savoir, s'il faut, dès les premiers jours, donner du lait pur au nourrisson ou s'il vaut mieux le couper.

Pour lui, il est indéniable que le lait pur provoque souvent des troubles digestifs. On le comprend, d'ailleurs, aisément, si l'on compare la composition du lait de vache avec celle du lait de femme :

Lait de femme : caséine 15 ‰, lactose 63, beurre 38, sels 2,5.

Lait de vache : caséine 33 ‰, lactose 55, beurre 37, sels 6.

Le lait de vache est, on le voit, beaucoup plus riche en caséine. D'autre part, la digestion de la caséine du lait de vache est plus difficile, plus lente, moins parfaite. Cette richesse en caséine est donc un obstacle à l'alimentation par le lait de vache donné pur. Le meilleur procédé de correction, le plus simple en tous cas, est le coupage par de l'eau bouillie sucrée. Aussi Marfan conseille systématiquement le coupage pendant les premiers mois. Est-ce à dire que le lait pur sera mal supporté par tous les nouveau-nés ? Non pas, mais cela peut arriver; il est plus prudent, en conséquence, de donner du lait coupé.

Dans tous les cas, il ne faut pas tomber dans les exagérations où l'on

est tombé jadis à cet égard; à trop diluer le lait, on est dans la nécessité, pour faire prendre aux nourrissons une quantité de nourriture suffisante, de leur donner beaucoup de liquide, ce qui dilate leur estomac et affaiblit ses fonctions motrices; d'après Cartens, le mélange au tiers ne doit être donné qu'aux enfants peu développés et pendant le premier mois; dès le second mois, le lait doit être donné plus concentré. Il faut, à ce point de vue, tenir compte des particularités personnelles de chaque enfant.

On a bien essayé de remédier aux inconvénients de la différence de composition du lait de la vache et du lait de la femme au moyen de diverses combinaisons.

Parmi les laits artificiels, le plus répandu est le lait gras de Gärtner. Bien des médecins se louent de son emploi, tandis que, d'après les observations de Czerny, il n'est pas supérieur, pour les enfants atteints de maladies gastro-intestinales, au lait de vache étendu.

Les autres laits artificiels ont encore moins obtenu l'assentiment général; selon von Starck, les laits artificiellement modifiés de façon à se rapprocher de la composition moyenne du lait de femme ont eu peu d'influence sur la mortalité générale des enfants, parce que leur prix de revient élevé n'a pas permis d'en généraliser l'emploi.

Quant au lait de vache stérilisé en grand par l'industrie, il doit être considéré comme inférieur au lait frais, proprement trait, simplement cuit ou stérilisé à la maison pendant une dizaine de minutes.

Le lait le plus employé pour l'allaitement artificiel est le lait de vache stérilisé à domicile par la méthode de Soxhlet.

Il ne serait pas cependant exempt d'inconvénients, d'après la communication de von Starck à la réunion des médecins et naturalistes allemands.

400 médecins du Schleswig-Holstein ont reçu un questionnaire au sujet du lait stérilisé et 300 y ont répondu.

28 % des médecins prétendent que ce lait stérilisé est préjudiciable aux enfants. Ils l'accusent de provoquer un développement moins bon des enfants que le lait simplement cuit, de causer de l'anémie, de la dyspepsie, du rachitisme, qui serait plus fréquemment observé que par le passé, de la constipation opiniâtre. Un médecin va jusqu'à parler de la maladie de Soxhlet.

Il résulte de cette statistique que, pour l'allaitement artificiel, ni le lait stérilisé, ni les divers laits préparés ne sont supérieurs au lait de vache étendu. Les médecins de campagne déclarent qu'ils n'ont aucun motif de prescrire autre chose que du lait frais. Toutefois, on ne saurait dire de quelle façon le lait stérilisé peut être nuisible.

Il semble que les inconvénients proviendraient de la stérilisation prolongée pendant 45 minutes et plus encore parfois.

Par la cuisson ordinaire ou la stérilisation à la maison, la quantité des sels de chaux solubles est diminuée, l'albumine en partie modifiée, les gaz expulsés, certains principes aromatiques détruits; une cuisson plus prolongée et à plus haute température détruit les globules du lait, caramélise le sucre, fait disparaître la lécithine, la nucléine et les combinaisons phosphorées. Les premières modifications sont peu importantes; les dernières le sont davantage.

Malgré ces inconvénients la cuisson et la stérilisation du lait ont un grand avantage : elles nous permettent de donner aux enfants un lait sans germes pathogènes.

Cette considération suffit pour qu'on ne donne pas le lait frais, non soumis à l'ébullition, bien que ce soit l'idéal; pour Marfan, les résultats favorables donnés par le lait stérilisé à l'appareil de Soxhlet sont maintenant généralement admis. L. D.

—

ALIMENTATION DU NOURRISSON APRÈS LE SEVRAGE.

Selon le dr Comby, quatre repas par jour (à 8 heures, à midi, à 4 heures, à 7 heures) suffisent. Tous les aliments seront cuits. La viande ne figurera pas dans l'alimentation de l'enfant sevré depuis peu, n'ayant pas atteint l'âge de trois ans; elle ne pourrait être autorisée que dans des conditions spéciales, comme *médicament* (viande crue, hachée, râpée ou pulpée).

Chez les nourrissons de douze à dix-huit mois, on donnera, répartis en quatre repas : un demi-litre de lait, un œuf, deux soupes épaisses, ou bouillies, ou panades ou purées de légumes secs, une ou deux cuillerées à potage de salades cuites ou de fruits cuits passés (pruneaux, marmelade de pommes), surtout s'il y a de la constipation. De dix-huit mois à deux ans, on donne à la place d'un œuf, deux œufs, puis deux ou trois potages, des crèmes, des légumes en purée, etc. Après deux ans, l'enfant peut prendre trois œufs.

On s'abstiendra de sucreries et de pâtisserie, de vin et de boissons fermentées. Si l'enfant avait un dégoût invincible pour le lait, on lui donnerait de l'eau pure, filtrée ou bouillie (infusions de tilleul, de thé léger), on donnera à grignotter quelques biscuits ou croûtes de pain.

L. D.

—

DU MODE DE LA PROPAGATION DE LA PHTISIE.

Nous avons rapporté il y a quelque temps les expériences de Flügge dont les résultats étaient en opposition avec ceux obtenus autrefois par Cornet; on sait que d'après celui-ci, l'agent principal de la propagation de la tuberculose est le crachat tuberculeux desséché, dont la

poussière bacillifère voltige dans l'air et pénètre dans les voies respiratoires; Flügge a montré de son côté que lorsqu'on parle, ou qu'on tousse, ou qu'on éternue, il y a projection, dans l'air, de gouttelettes microscopiques chargées de bactéries, lesquelles gouttelettes flottent pendant quelque temps dans l'air avant de se déposer sur le sol.

Quel est de ces deux modes de propagation le plus important à considérer pour la tuberculose pulmonaire?

C'est ce que les élèves du prof. Flügge ont cherché à établir, par des expériences rapportées dans la *Presse médicale*.

Sticher s'est appliqué avant tout à fixer les conditions de contamination par les crachats desséchés telles qu'elles ont été établies par Cornet, et de voir en même temps pourquoi les expériences d'inhalation des poussières bacillifères donnent, dans l'énorme majorité des cas, des résultats négatifs.

Le dispositif adopté pour les expériences réalisait les conditions les plus favorables à la contagion.

Un ballon contenant les crachats desséchés communiquait à une de ses extrémités avec une soufflerie, et à l'autre, au moyen d'un tube de caoutchouc, avec un masque qui entourait la tête de l'animal (cobaye) en se fixant autour de son cou; l'air chargé de poussière bacillifère pénétrait ainsi dans le masque, était inhalé par l'animal et était conduit ensuite dans un flacon contenant une solution de chlorure de sodium, dans laquelle se déposait en dernier lieu la poussière portée par l'air.

Une première série d'expériences était faite de la façon classique, c'est-à-dire qu'une poussière très fine, préalablement stérilisée, était triturée avec des crachats bacillifères et le mélange mis dans le ballon qu'on secouait au moment où on faisait marcher la soufflerie. Ces expériences ont donné un résultat négatif : aucun des animaux en expérience ne devint tuberculeux.

Dans une autre série d'expériences, Sticher procéda autrement. Au lieu de triturer la poussière avec des crachats, il plaça des crachats sur des morceaux de toile ou sur de petites planchettes en bois, et une fois que leur dessication étant complète et parfaite, il mit la toile et les planchettes dans le ballon pendant qu'on faisait marcher la soufflerie.

Les résultats de ces expériences furent tout autres. Si le courant d'air produit par la soufflerie avait une vitesse de un mètre par seconde et au-dessous, tous les cobayes devenaient tuberculeux, et tuberculeux pulmonaires; mais, si la vitesse du courant d'air descendait à trente centimètres par seconde, aucun des cobayes ne devenait tuberculeux.

Pour conclure, il semble donc démontré que, dans certaines conditions la transmission de la tuberculose par les crachats desséchés *peut*

se faire. Seulement, dans la vie ordinaire, les conditions nécessaires à cette infection n'existent pas ou n'existent que très rarement. Nous avons vu, en effet, que pour rendre les cobayes tuberculeux par inhalation, il faut : 1° que les crachats soient dans un état de siccité parfaite, desséchés dans un dessiccateur; 2° que la vitesse du courant d'air ne soit pas inférieure à trente centimètres par seconde; 3° qu'on remue le ballon renfermant la poussière virulente. Aussitôt qu'on change une de ces conditions, soit la vitesse du courant d'air, soit la dessiccation des crachats, l'expérience échoue.

Dans la pratique, de pareilles conditions se trouvent difficilement réalisées; c'est ce qu'a montré Beninde en expérimentant avec des mouchoirs souillés de crachats tuberculeux.

Ces expériences n'ont pas confirmé l'opinion de Cornet, d'après laquelle la dessication des crachats dans les mouchoirs constitue la source la plus importante de dissémination des bacilles de Koch.

En effet, pour avoir des résultats positifs, pour produire une tuberculose par inhalation chez les cobayes en expérience, il fallait préalablement faire sécher les mouchoirs dans un dessiccateur et les secouer, les froisser avec vigueur pendant qu'on faisait marcher la soufflerie. Mais, si le mouchoir souillé de crachats tuberculeux était simplement gardé dans la poche pendant vingt-quatre heures, on pouvait le froisser dans le ballon et faire passer des courants d'air d'une vitesse considérable, sans que les cobayes devinssent tuberculeux, sans qu'il y eût transport de bacilles tuberculeux, comme l'ont montré les résultats négatifs fournis par l'inoculation intrapéritonéale du liquide que traversait l'air en sortant du masque d'inhalation. Pour que le mouchoir du phtisique devienne dangereux pour l'entourage, il faut que les crachats se soient complètement desséchés; or, quand un mouchoir est sale, c'est-à-dire contient une certaine quantité de crachats liquides, on le change ordinairement avant qu'il devienne sec. Ces expériences montrent donc encore une fois que, pour devenir infectieuse et dangereuse pour l'entourage, la dessiccation des crachats doit être poussée à un degré qui se trouve rarement réalisé dans la vie, sans parler de la vitesse des courants d'air nécessaires pour leur transport. D'autres élèves du prof. Flügge ont cherché à établir, par contre, le degré d'infectiosité des crachats liquides.

Dans une première série d'expériences, on a fait passer les courants d'air à travers les crachats et on a injecté dans le péritoine de cobayes le liquide dans lequel l'air était conduit. Or, ces expériences ont montré que, même avec des courants d'air dont la vitesse ne dépassait pas 3 millimètres par seconde, il y avait transport de bacilles à 1 mètre de distance. Comparées aux expériences de Sticher avec les crachats desséchés, elles montraient donc que le transport de la poussière

bacillifère liquide se fait bien plus facilement que celui de la poussière bacillifère desséchée.

Une autre série d'expériences a été faite sur des phtisiques ; elles ont été conduites ainsi :

Dans une cabine en verre préalablement stérilisée, et contenant de petites coupes remplies d'une solution de chlorure de sodium, on introduisait un phtisique dont la figure et les mains étaient désinfectées et qui était revêtu d'une blouse stérilisée. Il restait dans la cabine et toussait soit spontanément, soit sur l'invitation de l'expérimentateur. Au bout de quelque temps, le liquide des soucoupes était recueilli et injecté dans le péritoine de cobayes,

Sur 9 expériences de ce genre, 4 ont donné des résultats positifs, c'est-à-dire que les animaux devinrent tuberculeux.

Des expériences analogues furent faites par Heymann sur 35 phtisiques. Les résultats furent positifs chez 14, soit dans 40 pour 100 des cas, c'est-à-dire que chez ces malades, il se produisait pendant la toux une projection de poussière bacillifère liquide à une distance de 50 centimètres.

Les résultats variaient avec la quantité de la salive et la consistance des crachats, avec la force de la toux, la façon de tenir les lèvres, etc.

Dans une seconde série d'expériences, Heymann essaya d'utiliser cette projection de poussières bacillifères pour provoquer chez les cobayes une tuberculose par inhalation. A cet effet, on plaçait dans la cabine en verre une cage dans laquelle les cobayes avaient la tête fixée de façon à regarder en face les phtisiques qui venaient s'asseoir et toussaient de temps en temps. Sur 25 cobayes en expérience, 6 sont devenus tuberculeux pulmonaires.

Cette seconde série d'expériences montre donc avec la dernière évidence qu'*une personne qui se trouve dans le voisinage immédiat d'un phtisique est exposée à inhaler la poussière liquide bacillifère que le malade projette autour de lui quand il tousse et même quand il crache.*

Dans la vie réelle, ce danger est diminué, grâce aux conditions suivantes :

Tout d'abord, tous les phtisiques ne projettent pas de bacilles; et dans les expériences de Heymann la poussière liquide n'était bacillifère que dans 40 pour 100 des cas.

En second lieu, il faut compter avec la distance à laquelle on est placé du malade. Le danger est très réel à 50 centimètres, voire même à 1 mètre; mais à 1 mètre 1/2, on ne trouve plus ou presque plus de poussière virulente.

Le prof. Flügge arrive finalement aux conclusions suivantes :

1° L'infection tuberculeuse peut se produire dans les endroits dans lesquels des crachats desséchés adhèrent aux parquets et aux meubles

et dans lesquels il se produit des courants d'air, soit à la suite du nettoyage à sec, soit à la suite du passage d'un grand nombre de personnes (ateliers) soit à la suite d'un ébranlement mécanique (wagons et voitures publiques). Mais, même dans ces conditions, un séjour continu et suffisamment prolongé dans la pièce est nécessaire pour que l'infection puisse s'effectuer. Le danger de l'infection n'est pas augmenté d'une façon sensible par les crachats qui se trouvent dans les mouchoirs des phtisiques;

2° L'infection tuberculeuse peut se produire en cas de cohabitation avec un phtisique qui crache et projette une poussière liquide bacillifère. Ce danger existe surtout quand on est obligé de s'approcher fréquemment à moins de 1 mètre de distance du malade, comme c'est le cas des infirmiers et des gardes malades, ou des employés et des ouvriers dans les bureaux et ateliers peu spacieux;

3° Des mesures prophylactiques peuvent diminuer dans une large mesure les dangers de ces deux modes d'infection.

Pour éviter la contamination par les crachats desséchés, il y a lieu d'observer les mesures de prophylaxie indiquées par Cornet : emploi des crachoirs (ou des mouchoirs) dont on vide et on détruit le contenu; proscription du balayage et du nettoyage des chambres à sec.

Pour éviter la contagion par les crachats, les liquides, il faut exiger des phtisiques qu'ils mettent devant leur bouche la main ou un mouchoir quand ils toussent; ensuite, on évitera de s'approcher inutilement à moins de un mètre de distance du phtisique pendant qu'il tousse et tant qu'il n'aura pas mis son mouchoir devant sa bouche; enfin, on exigera que, dans les ateliers et les bureaux, les têtes des ouvriers et des employés soient éloignées à plus de un mètre de distance les unes des autres. Le port d'un masque préconisé par Frænkel doit être réservé aux cas exceptionnels. L. D.

—

INFECTION DES PLAIES CHIRURGICALES PAR LA BOUCHE DE L'OPÉRATEUR.

Les expériences de Flügge que nous avons jadis rapportées ont montré que, lorsqu'une personne parle, même à voix très basse, elle projette un nuage de gouttelettes microscopiques, chargées de bactéries de la bouche, lesquelles viennent se déposer, au bout de quelque temps, sur les objets environnants. A cette occasion, Flügge se demandait si certains cas de suppuration des plaies, après une opération rigoureusement aseptique, ne devraient pas être attribués aux bactéries projetées de la bouche du chirurgien au moment où il donne des ordres ou des explications.

C'est pour vérifier ce point que Hubener a entrepris, à la clinique de Mikulicz, une série d'expériences qui furent conduites de la façon

suivante : on disposa, en forme de croix, sur une table quatre boîtes renfermant des liquides de culture.

Hubener, après s'être rincé la bouche avec une culture de prodigiosus, se plaça à 50 centimètres environ de la boîte la plus rapprochée, et, pendant 10 minutes, parla (en comptant) tantôt à voix ordinaire, tantôt à voix basse, tantôt à haute voix. Ces expériences montrèrent que, dans tous les cas, et surtout quand on parlait à haute voix, des cultures de prodigiosus se développaient dans les boîtes et que ces cultures étaient particulièrement abondantes dans les boîtes les plus rapprochées de la bouche.

Dans une seconde série d'expériences, conduites comme les précédentes, l'auteur parlait à travers un masque. Ce masque, qui rappelait celui d'Esmarch pour la chloroformisation, se composait d'une feuille de gaze hydrophile pliée en deux et fixée dans une monture en fil de fer; le masque, qui recouvrait la moitié inférieure du nez et de la bouche et descendait au-dessous du menton, se fixait derrière les oreilles au moyen de branches de lunettes.

Ces expériences, pendant lesquelles l'auteur ne s'est pas contenté de compter, mais a toussé et éternué ont montré que le masque retient presque toutes les bactéries et que, dans la majorité des cas, les boîtes restent stériles. Si l'on songe encore que, dans ces expériences, l'auteur s'était préalablement rincé la bouche avec une culture de prodigiosus, on est conduit à admettre que, dans les conditions ordinaires et même en cas de stomatite ou de rhino-pharyngite du chirurgien, le masque constitue une barrière suffisante contre les bactéries, qu'il empêche de passer de la bouche de l'opérateur sur la plaie du malade.

Pour voir, enfin, si la plaie ne pourrait être infectée par le malade qui, sous le chloroforme ou l'éther, a une respiration bruyante, des quintes de toux, etc., l'auteur a, au cours de diverses opérations, disposé des boîtes pour cultures sur l'abdomen, la poitrine, à côté de la tête du malade, pendant qu'on lui donnait le chloroforme. Ces expériences ont fourni des résultats négatifs.

L'auteur a fait, enfin, quelques expériences sur des lépreux. En les faisant parler sur les boîtes en question, sans masque et puis avec le masque, il a trouvé que, sans masque, ils projettent dans l'espace de dix minutes, près de 90.000 bacilles lépreux; avec le masque, ce nombre est de 20 à 70 fois moins considérable.

Ces expériences montrent bien l'utilité du masque qu'un certain nombre de chirurgiens, en Allemagne surtout, tiennent appliqué sur leur figure pendant qu'ils opèrent.

L. D.

—

TRAITEMENT MÉCANIQUE DE L'ANASARQUE.

Lorsqu'un malade est atteint d'anasarque, qu'il soit dû à une maladie du cœur ou des reins, avant de recourir au moyen mécanique d'évacuation du liquide de l'œdème, il y a lieu de mettre en usage une médication interne appropriée à la situation.

Malheureusement celle-ci se trouvera souvent en défaut.

Chez les vieux cardiaques à cœur fatigué ou chez les néphrétiques œdémateux dont le cœur n'est plus à la hauteur de sa tâche, il arrive quelquefois, et même souvent, que les toniques du cœur et les diurétiques n'agissent pas. C'est dans ces cas, qu'au moyen d'une intervention chirurgicale, il faut à tout prix donner issue au liquide qui infiltre les tissus, d'autant que l'œdème constitue à la longue des lésions qui sont capables d'exercer une véritable action nocive, qu'il comprime les tissus, entrave la circulation de la lymphe et gêne les échanges intra-organiques.

L'effet thérapeutique de l'évacuation de la sérosité au moyen de mouchetures ou d'incisions se manifeste dans ces cas par deux ordres de faits, ainsi que le fait observer le dr Romme, dans la *Presse médicale*.

En premier lieu, cette évacuation facilite le travail du cœur défaillant. Il est admis que chez les asystoliques, l'existence d'un œdème considérable des membres inférieurs met obstacle à une thérapeutique vraiment active. Potain, Huchard, Barié ont montré combien il importe de lever ce barrage périphérique avant de soumettre le malade à l'action de la digitale.

C'est ainsi que, dès que le malade a perdu par ces incisions 2 ou 3 litres de liquide — et cette quantité est ordinairement de 4 à 5 litres et plus encore dans les premières vingt-quatre heures — la circulation périphérique se trouvant désobstruée, le cœur récupère son énergie et se relève; et, non seulement il se releve, mais encore il commence à répondre aux cardio-toniques et aux diurétiques auxquels il était insensible auparavant. Ce rétablissement de l'action du cœur se manifeste alors, même sans le secours d'une médication cardiaque ou diurétique, par une augmentation de la diurèse et la disparition, non seulement des œdèmes périphériques, mais encore des exsudats pleuraux ou péritonéaux.

En second lieu, la soustraction mécanique de la sérosité qui infiltre les tissus a pour résultat de provoquer une véritable dépuration de l'organisme; en effet l'élimination des déchets et poisons organiques se faisant mal, ceux ci restent dans l'économie et non seulement dans le sang, mais encore dans le liquide transsudé. L'évacuation de ce liquide et la nouvelle énergie qu'elle imprime au cœur aboutissent donc toutes les deux à désintoxiquer l'économie.

Le traitement mécanique des œdèmes comporte divers procédés.

Il y a d'abord les *mouchetures*, qui constituent le procédé le plus simple et le plus commode. Après désinfection soignée du champ opératoire (membres inférieurs et organes génitaux), on pratique avec une aiguille ou une lancette à grain de blé ou d'avoine, préalablement stérilisée et flambée, une série de piqûres sur les membres inférieurs : vingt à trente piqûres largement espacées sur chaque membre, et quelques-unes sur les organes génitaux. Pour obtenir l'effet désiré, il faut avoir soin de faire pénétrer la pointe de l'instrument jusqu'au tissu sous-cutané.

Les piqûres une fois faites, il s'agit de garantir le malade contre l'écoulement incessant de la sérosité à travers les petites plaies. On y arrive en enveloppant les membres avec une toile imperméable. On peut aussi, quand les conditions le permettent, avoir recours au procédé indiqué par Wilkens, et qui consiste à placer sur chaque piqûre une éponge stérilisée; à mesure qu'elles se gorgent du liquide qui suinte, on les exprime et on les replace; ce changement doit se faire toutes les deux ou trois heures pendant la première journée, et plus rarement les jours suivants. Il va de soi que les éponges peuvent être remplacées avantageusement par du coton hydrophile.

Dans l'un ou l'autre cas, il faut avoir soin, afin de faciliter l'écoulement du liquide, d'asseoir les malades dans leur lit ou de les y tenir à demi-couchés.

Les mouchetures s'infectent facilement et puis, elles s'oblitèrent assez souvent plus vite qu'on ne le désire.

Pour remédier à ces ennuis, on a proposé depuis longtemps d'évacuer l'œdème par des ouvertures plus larges, mais peu nombreuses, faciles dès lors à préserver d'une contamination septique.

Les *incisions* se pratiquent de diverse façon; les uns les pratiquent au nombre de quatre à chaque membre, deux au mollet et une à chaque malléole; d'autres se contentent d'une seule incision placée soit au dessous de la malléole externe, soit sur la face dorsale du pied.

On sectionne les téguments longitudinalement sur une longueur de 3 centimètres, en ayant soin d'éviter les veines superficielles; le bistouri s'arrête dans l'épaisse couche d'œdème sous-cutané; les lèvres de l'incision s'écartent aussitôt, et par la plaie béante la sérosité s'écoule; il suffit d'entourer le pied d'un pansement antiseptique et de laisser le malade dans un fauteuil, les jambes pendantes, pour obtenir un écoulement de sérosité très abondant, qui persiste plusieurs jours. Pour arrêter l'écoulement et faire cicatriser la plaie, un ou deux points de suture et un bandage compressif suffisent. En une huitaine de jours la guérison est obtenue.

Ce procédé, très vanté par Gerhardt, Leichtenstern, a pour lui, ainsi que le fait observer le dr Küss dans le *Bulletin médical*, sa grande

simplicité, la rapidité avec laquelle l'œdème diminue, la certitude que l'on a d'éviter toute infection, si les pansements sont faits correctement. Mais il effraye toujours les malades; il expose à la macération de l'épiderme, le pied se trouvant sans cesse baigné dans le liquide; la guérison des incisions est quelquefois lente et laisse des cicatrices; enfin il est nécessaire de surveiller de près les malades dans les douze heures qui suivent l'incision, car il arrive parfois, chez les brightiques notamment, qu'une veinule, n'ayant donné lieu immédiatement qu'à un suintement sanguin insignifiant, devient le point de départ d'une hémorragie continue; celle-ci sera toujours arrêtée très facilement, mais encore faut-il avoir la précaution d'y regarder.

Il y a en troisième lieu le *drainage sous-cutané*, qui échappe à la plupart des objections précédentes. Il peut s'établir à l'aide de petits *trocarts* métalliques que l'on introduit sous la peau et qui restent en place; ils sont munis d'un long tube de caoutchouc par lequel s'écoule la sérosité et qui aboutit à un vase placé hors du lit; on se sert des tubes de Southey, du trocart de l'aspirateur Potain ou de tout autre.

Seulement, les canules rigides sont presque toujours l'occasion de phénomènes douloureux, elles gênent le malade dans ses mouvements, elles sont difficiles à maintenir en place. Aussi Furbringer a-t-il rendu un réel service aux médecins en faisant connaître tout récemment une nouvelle méthode de drainage sous-cutané.

Il se sert d'un gros trocart, de cinq à six millim. de diamètre, qu'il enfonce parallèlement à la surface de la peau, et qu'il fait cheminer le long de la face profonde du derme, de manière à creuser un petit trajet sous-cutané en tunnel : il ressort à quelques centimètres plus loin. Dans la canule du trocart il fait alors passer un drain de caoutchouc rouge, long de 2 mètres et percé de trois trous latéraux dans sa partie moyenne; puis il retire la canule. Les deux extrémités du drain, d'égale longueur maintiennent le tube très suffisamment sans autre moyen de fixation et sont placés dans un vase rempli d'une solution antiseptique. Le liquide d'œdème s'écoule d'abord par les deux petites plaies et par le drain. Mais bientôt les tissus se gonflent et s'appliquent exactement sur le tube de caoutchouc, de sorte que l'écoulement n'a plus lieu que par celui-ci.

Ce drain est parfaitement supporté par les tissus (les précautions antiseptiques ayant été prises soigneusement), il est facile à déboucher et assure un écoulement abondant de sérosité (1 litre en 12 heures). Pour aller plus vite, on pourrait placer deux drains côte à côte; Furbringer n'a jamais eu besoin d'en mettre davantage. Le malade n'est pas mouillé, ne s'infecte pas, peut circuler au besoin (en enroulant autour de la jambe les deux bouts du drain); enfin la guérison est rapide dès que le tube est enlevé. L. D.

LE SALOPHÈNE ET LE SALICYLATE DE SOUDE.

Le dr Küss a consacré, dans le *Bulletin médical*, un article à l'étude comparative de ces deux médicaments.

Le salophène est un éther salicylique de l'acétylparamidophénol, qui a été obtenu par synthèse. Il renferme donc la molécule salicylique et lui doit sans doute les plus essentielles de ses propriétés, l'acide salicylique étant mis peu à peu en liberté dans l'organisme et formant alors du salicylate de soude à l'état naissant; quant à l'autre constituant, l'acétylparamidophénol, qui est régénéré lors de la décomposition du salophène, il ne peut que renforcer encore les propriétés thérapeutiques de l'acide salicylique, puisqu'il est par lui-même antithermique et analgésique. Mais ce qui assure au salophène une place de première importance dans la médication salicylée, c'est la manière dont se fait sa décomposition dans l'intestin.

Le salophène se résout en ses deux constituants sous l'influence des alcalis; le suc gastrique le laisse pour cette raison intact dans l'estomac; en introduisant 1 gr. de salophène dans l'estomac d'un chien après ligature du pylore, on ne trouve pas, dans les urines, la réaction de l'acide salicylique au bout de trois et de six heures, tandis que, sur un sujet normal, la réaction est déjà évidente au bout de trois quarts d'heure.

Par conséquent, le salophène, administré par la voie buccale, traverse l'estomac sans se décomposer : arrivé dans l'intestin, au contact du suc intestinal, du suc pancréatique, de la bile, il se dédouble (du fait de leur alcalinité et de leurs propriétés spéciales) en acide salicylique et en acétylparamidophénol qui, tous deux, s'éliminent par les urines. Siebel a montré : 1° que la décomposition du salophène n'est pas totale; un peu plus du 1/4 du salophène ingéré y échappe et se trouve entraîné par les matières fécales; 2° que cette décomposition commence presque aussitôt, mais se fait lentement, petit à petit; 3° que si l'on dépasse les doses moyennes de 4 à 6 gr., la plus grande partie du salophène est inutilisée, de sorte qu'on n'obtient pas un effet plus considérable.

L'élimination de la quantité décomposée et absorbée se fait par la voie rénale; en donnant une seule dose de 2 gr. on trouve dans les urines l'acide salicylique et l'acétylparamidophénol dès la première heure après l'ingestion du médicament et jusqu'au troisième jour (chez l'homme et chez le chien).

On peut maintenant se faire une idée du mode d'action du salophène : étant absolument insoluble dans l'eau, il ne saurait guère agir que par ses constituants; de ceux-ci, l'un (acide salicylique) a des effets bien connus, l'autre (acétylparamidophénol), s'il est peu actif, a tout au moins l'avantage d'être absolument inoffensif. Le salophène

permet donc de *maintenir l'économie sous l'influence permanente de petites doses d'acide salicylique à l'état naissant*; grâce à la lenteur de décomposition du médicament dans l'intestin, à l'entraînement par les fèces de la partie en excès, à l'élimination rapide de l'acide salicylique, *l'accumulation de ce dernier dans l'organisme est impossible* (si les reins sont perméables); aussi est-on en droit d'espérer un maximum d'action thérapeutique avec un minimum d'effets nocifs.

Quels sont en résumé les avantages du salophène?

Tout d'abord, *c'est un médicament aisé à manier*, car il se présente sous forme d'une poudre blanche cristalline, inodore, insipide, non hygroscopique. Il se prend le plus facilement du monde soit en cachets, soit en suspension dans un liquide non alcalin. La dose habituelle *pro die* varie de 3 à 6 gr. (ce qui équivaut, au point de vue de la teneur en acide salicylique, à 1,75 et 3,50 de salicylate de soude): la dose, chez les enfants de sept à quinze ans, est à peu près la même (3 à 5 gr. *pro die* par prises de 0, 30 — 0,50 toutes les deux heures) : on sait, d'ailleurs, combien facilement le salicylate de soude est supporté par les enfants. La dose quotidienne doit toujours être fractionnée; on donnera par exemple 0,50 à 1 gr. toutes les deux heures. Il est inutile d'administer plus de 6 gr. par jour.

En second lieu, *le salophène n'a aucun effet fâcheux sur l'estomac*; il y a sur ce point accord unanime des auteurs : jamais on n'observe, comme avec le salicylate de soude, d'irritation gastrique, de perte d'appétit, de crampes, de nausées, de vomisssements : une malade de Hitschmann, âgée de dix-neuf ans, a pris en trois mois 328 gr. de salophène sans présenter aucun trouble digestif et, cependant, cette malade avait eu auparavant des désordres gastriques qui s'étaient opposés complètement à l'administration du salicylate de soude et de l'antipyrine. Dans une observation due à Béclère, il existait un ulcère de l'estomac : le salophène donné contre un rhumatisme articulaire aigu concomitant, non-seulement n'aggrava pas les douleurs gastriques, mais les fit disparaître.

En troisième lieu, *le salophène n'exerce guère d'action secondaire sur le système nerveux*; comme il n'introduit, au même moment, dans la circulation, qu'une petite quantité d'acide salicylique, il détermine bien rarement ces bourdonnements d'oreilles avec surdité, ces vertiges, ces maux de tête que le salicylate de soude provoque si facilement, et on n'a pas noté, après son emploi, de phénomènes de délire salicylique. On a pu, à maintes reprises, le donner quotidiennement pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois sans inconvénients. Fröhlich, qui l'a employé largement, a observé néanmoins, dans le 1/10e des cas, quelques symptômes cérébraux peu intenses (maux de tête, vertiges). Hitschmann a noté fréquemment,

sous l'influence du salophène, un ralentissement du pouls, abaissant le nombre des pulsations de 75-80 à 52-56.

En fait d'applications thérapeutiques, le salophène est particulièrement utile dans *le rhumatisme articulaire aigu et subaigu*; comme le salicylate de soude, il calme rapidement la douleur, diminue le gonflement, fait tomber la fièvre rhumatismale, et mène à la guérison sans exposer aux effets secondaires sur le système nerveux et sur l'estomac; mais il n'empêche pas plus les rechutes que le salicylate de soude.

A côté du rhumatisme articulaire aigu, il convient de placer la chorée de Sydenham; les guérisons rapides, notées par Drews, P. Marie, Huot, ne sont pas explicables par une simple coïncidence; elles semblent démontrer une action spécifique du salophène sur la chorée vulgaire des enfants; mais on ne saurait dire encore, étant donné le petit nombre des observations connues, et les incertitudes qui règnent sur la pathogénie de la chorée dite rhumatismale, si le traitement par le salophène réussit seulement dans certaines formes de la maladie ou convient à la généralité des cas.

Le salophène donne de bons résultats dans *les rhumatismes musculaires aigus*, les douleurs rhumatoïdes des arthritiques (fluxions articulaires, myalgies, lumbagos, torticolis...) et dans *un grand nombre de névralgies* (névralgie faciale, sciatique, migraines, névralgies intercostales, etc...). Le salophène n'influence pas seulement les névralgies dites rhumatismales; il exerce aussi une action analogue sur toutes sortes de manifestations nerveuses de causes diverses (*odontalgie, céphalées, zona*, formes nerveuses de la grippe, malaises des *angines aiguës*, *prurit* essentiel ou symptomatique...). Par contre, il ne produit que des effets inconstants ou douteux dans le rhumatisme chronique et dans le rhumatisme blennorragique, et il paraît inefficace dans la goutte.

Pour conclure, le salophène restera dans la thérapeutique comme un succédané précieux du salicylate de soude dont, sans conteste, il n'a pas les inconvénients.

Les effets que l'on a attribués au salophène en propre ne sont pas suffisamment bien établis.

Pour le reste, il ne faut pas conclure des avantages du salophène qu'il soit destiné à remplacer le salicylate de soude, qu'il faut considérer, à raison même de sa solubilité, comme plus actif et plus facile à doser.

C'est ainsi que, dans les formes graves de l'infection rhumatismale, il faudra en général préférer le salicylate de soude, mais, comme il n'est pas toujours bien toléré, que certains malades le supportent même fort mal, que d'autres malades ont un estomac irritable qu'il faut absolument ménager, on sera conduit à lui substituer le salo-

phène dans certains cas. Les deux médicaments doivent exister côte à côte dans l'arsenal thérapeutique. Ils ont, sans doute, leurs indications spéciales qui seront, dans l'avenir, précisées de plus en plus nettement, et, d'autre part, des propriétés communes qui permettent assez souvent de les remplacer l'un par l'autre. L. D.

DE QUELQUES MÉDICAMENTS DANGEREUX A PRESCRIRE.

Dans le chapitre qu'il a écrit sur ce sujet, le prof. Brouardel met au premier rang le *phosphore*, d'autant plus que l'efficacité de cette substance reste douteuse.

Même aux doses reconnues comme usuelles, il y a eu des accidents mortels; c'est que le phosphore, bien supporté au début, peut être la cause d'accidents subits d'intoxication, même sans qu'à un moment donné la dose ait été augmentée. Dans les autopsies consécutives à des empoisonnements de ce genre, on trouve les lésions de l'intoxication chronique, dégénérescence graisseuse du foie, des reins, des muscles et particulièrement du muscle cardiaque.

L'*aconitine* constitue peut-être le plus dangereux de tous les médicaments; l'auteur va jusqu'à conseiller de ne pas l'employer, ou, au moins, si on est obligé de s'en servir, de l'employer en solution et de prescrire au grand maximum un milligramme par jour, de manière qu'une cuillerée à café prise par le malade toutes les trois ou quatre heures contienne un quart de milligramme; de plus on surveillera le malade de manière à être prêt à intervenir au moindre signe d'intolérance... Avec une solution, on sait au juste ce que l'on ordonne; il n'en est pas de même avec les granules. L'auteur a fait des recherches afin de savoir la quantité de substance active contenue dans les granules, pris dans une maison présentant toutes les garanties désirables; il lui a été impossible de trouver une identité absolue entre ces granules, les uns peuvent ne contenir qu'un quart de milligramme, les autres n'en contiennent pas du tout; d'autres enfin en contiennent un demi ou un milligramme. La solution est plus sûre, mais elle présente le grave inconvénient d'être d'une absorption beaucoup plus rapide que le granule, qui demande pour se dissoudre complètement au moins dix minutes. Quand on emploie une substance aussi active, il vaut mieux que l'absorption soit plus lente. Quant aux injections hypodermiques qui ont été préconisées autrefois par Fonssagrives, il faut les proscrire d'une façon absolue.

L'*atropine*, elle aussi, a assez souvent donné lieu à des accidents, lorsqu'on l'a employée en injections sous-cutanées; ceux-ci, il est vrai, sont surtout survenus chez des sujets alcooliques ou présentant des tares viscérales avancées qui pouvaient innocenter l'atropine; toutefois, il paraît bien qu'il vaut mieux renoncer à cette pratique :

pour ce qui est des injections atropo-morphinées, préconisées sous le prétexte que la morphine est l'antidote de l'atropine, Brouardel estime que cette méthode n'est pas heureuse et ne peut qu'augmenter les chances d'accidents en associant deux causes de danger.

Les injections de *morphine* elles-mêmes sont dangereuses, et le dr Brouardel insiste d'autant plus sur ce point, que l'on a tendance à pratiquer cette médication commode avec beaucoup trop de facilité.

Il fait remarquer que les accidents à la suite d'injections hypodermiques de morphine sont très rares dans les hôpitaux; cela tient, croit-il, à ce que les piqûres sont le plus souvent faites quand le malade est couché; au contraire, en ville, où on les pratique souvent le malade étant debout, les accidents sont moins rares.

Dans le cas d'accidents, on a supposé que la pointe de l'aiguille avait piqué une veine et que la solution, pénétrant d'un seul coup dans le torrent circulatoire, avait été suffisante pour occasionner la mort. Cela se peut, mais est loin d'être démontré. Dans tous les cas, les médecins prendront des précautions, ne feront pas d'injections sous-cutanées dans leur cabinet, mais ils se rendront au domicile du malade et le feront coucher. Si, dans ces conditions, une syncope survient, ils seront prêts à intervenir et la famille sera témoin des soins qu'ils donneront au malade, pour le rappeler à la vie.

Il y a un point qui réclame aussi l'attention à propos de l'administration de la morphine; c'est la perméabilité rénale; on s'occupera toujours de l'état des reins du malade; en effet, la morphine s'élimine par le rein et en même temps diminue la sécrétion rénale; si le malade a de l'albuminurie, s'il a une lésion cardiaque, qui puisse faire soupçonner l'existence d'une néphrite, même légère, on s'abstiendra.

L. D.

LA MORPHINE IN EXTREMIS.

A l'Académie de médecine de Paris (séance du 24 janvier 1899) L. Ferrand a lu un intéressant travail sur les injections de morphine pratiquées à des malades menacés de mort par syncope ou asphyxie.

« C'est un principe de morale déontologique, dit-il, que le médecin doit se garder de toute intervention susceptible de hâter la mort; il doit encore s'abstenir de toute pratique capable de porter atteinte à la conscience des mourants et de les précipiter dans cet état d'inconscience qui est si souvent le précurseur d'une fin toute prochaine. C'est pourquoi les médecins soucieux d'observer tous les devoirs qui leur incombent, ont pu craindre, non sans raison, que l'usage des injections hypodermiques de morphine, si souvent utiles pour endormir les dernières douleurs de l'existence, ne fût pas sans inconvénients sérieux à ce point de vue, et en sont venus à se demander jusqu'à

quel point, on pouvait user sans scrupules de ce moyen thérapeutique. Peut-on user librement des injections de morphine chez des sujets qui approchent du fatal dénouement alors que ces malheureux demeurent encore capables d'user de leurs derniers moments pour se reconnaître, comme on dit, et pour prendre telles dispositions matérielles, morales ou religieuses qu'ils peuvent souhaiter et dont nul, quelles que soient d'ailleurs ses propres convictions, n'a le droit de faire bon marché ? »

On meurt par épuisement nerveux, par arrêt brusque de la circulation ou syncope et, surtout, par anoxémie ou par asphyxie.

Or, les injections de morphine présentent deux sortes de dangers : les accidents de dépression nerveuse, caractérisés par le collapsus, les lipothymies, la syncope — et les accidents comateux et asphyxiques qui suivent les doses, absolument ou relativement trop fortes.

Les injections de morphine chez des sujets prédisposés à la syncope ou à l'asphyxie risquent d'accentuer les tendances et de précipiter l'extinction.

M. Ferrand propose d'enlever à la morphine ses inconvénients en lui associant l'éther. Sa formule habituelle est :

Eau distillée	10 grammes
Chlorhydrate de morphine	20 centigrammes
Sulfate neutre d'atropine	2 centigrammes

Il remplit à moitié une seringue de Pravaz de cette solution et il achève de la remplir avec de l'éther pur.

Il n'hésite pas à employer ce moyen chez les malades menacés de syncope ou d'asphyxie pour calmer la douleur et l'agitation sans risquer de les jeter prématurément dans l'inconscience et dans l'impuissance de penser et d'agir. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 28 janvier 1899.

1. Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire manuscrit soumis à l'Académie par M. le dr E. Gallemaerts, agrégé à l'Université libre de Bruxelles, intitulé : *Sur l'aponévrose orbito-oculaire.* — M. Venneman, Rapporteur.

Sans contredit — et c'est aussi l'opinion de M. Gallemaerts — c'est dans le livre de M. le dr Motais, d'Angers, que cette question a été le mieux traitée et le plus clairement exposée, dit le Rapporteur.

Ce qui n'empêche que M. Gallemaerts s'attaque à une des propositions principales de M. Motais et, de l'avis de votre Commission, défend avec succès sa manière de voir, ce qui donne à son travail un réel mérite.

La thèse de M. Motais est celle-ci :

« Chez l'homme il existe dans l'orbite six muscles rotateurs du globe, plus un muscle élévateur de la paupière supérieure.

» Dans quelque région de l'économie que ce soit, partout où un groupe de muscles existe, ces différents muscles sont reliés par une aponévrose commune qui, se dédoublant sur leur bord, fournit à chacun d'eux une gaine particulière.

» Le groupe musculaire de l'orbite ne fait pas exception à cette loi générale. Nous trouvons, en effet, les sept muscles reliés entre eux par une aponévrose commune qui forme à chacun d'eux, par son dédoublement, une gaine spéciale. »

M. Gallemaerts, au contraire, conclut : « S'il existe des lames aponévrotiques entre les gaines des muscles droits, elles ne se présentent que dans les parties antérieures de l'orbite, en arrière, les muscles sont indépendants les uns des autres. »

Les magnifiques planches photographiques qui accompagnent le mémoire le démontrent à l'évidence.

Nous estimons, dit M.Venneman, que le travail de M. Gallemaerts est excellent, mais il ne représente que le premier chapitre d'une étude plus complète. Les coupes sériées horizontales et verticales nous fourniront d'autres détails tout aussi intéressants que ceux fournis par les coupes frontales. M. Gallemaerts est outillé pour les faire. Il a les matériaux; il s'est fait la main : qu'il achève la besogne commencée.

En attendant, nous proposons à l'Académie :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

2° De publier son travail dans notre *Bulletin*, avec les planches qui y sont annexées.

— Ces conclusions sont adoptées.

2. Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire manuscrit soumis à l'Académie par M. le dr A.Vereecke, assistant à l'Université de Gand, portant pour titre : *Structure et modification fonctionnelles du thymus de la grenouille.*

— M.Van Bambeke, Rapporteur.

On sait, dit le Rapporteur, que le thymus, de nature épithéliale au moment de son apparition, se transforme plus tard en un organe lymphoïde. Deux opinions sont en présence pour expliquer cette transformation : d'après l'une, l'ébauche épithéliale primitive est envahie par les lymphocytes qui, peu à peu, se substituent à cette ébauche ; d'après l'autre opinion, il y a transformation des cellules épithéliales en éléments lymphoïdes.

M.Ver Eecke, se basant sur les observations faites par lui chez la grenouille, n'accepte ni l'une ni l'autre de ces manières de voir. Il n'y a ni remplacement des épithèles par les lymphocytes, ni transformation des premiers en éléments lymphoïdes. Les lymphocytes immigrés dans l'ébauche épithéliale la disloquent; les deux tissus se pénètrent mutuellement, mais conservent leur autonomie.

L'auteur a suivi avec un soin minutieux la destinée des cellules

épithéliales. Il a été conduit de la sorte à admettre, pour ces cellules une phase d'involution.

La phase d'évolution aboutit à la formation des corpuscules concentriques ou corpuscules de Hassall, dont M. Ver Eecke décrit les caractères et le mode de formation.

La phase d'involution se termine par la fonte des corpuscules de Hassall. Le produit de cette fonte est résorbé par les lymphatiques. L'auteur arrive à cette conclusion intéressante et parfaitement justifiée, d'après le Rapporteur, qu'il s'agit d'une sécrétion interne. Le thymus serait ainsi comparable à une glande olocrine sans conduits excréteurs.

La Commission propose l'insertion du travail de M. Ver Eecke dans le *Bulletin;* et des remerciements à l'auteur. — Adopté.

— Suite de la discussion concernant l'obligation de la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses.

Après une longue discussion, il est entendu, que la proposition nouvelle déposée par M. Hubert, à laquelle M. Kuborn se rallie, sera imprimée et que la discussion sera continuée dans la prochaine séance.

Cette proposition est ainsi conçue :

« Considérant que, pour pouvoir lutter efficacement contre l'extension de certaines maladies contagieuses susceptibles de se développer à l'état d'épidémie (et dont la liste sera dressée ultérieurement) la première condition est de connaître les foyers d'où elles rayonnent, l'Académie royale de médecine prie le Gouvernement de rendre la dénonciation de ces maladies strictement obligatoire. »

L'assemblée se constitue en comité secret à 2 heures.

1. Questions proposées pour être mises au concours.

a) Par la 2e Section :

Apprécier à l'aide de faits expérimentaux et cliniques la valeur thérapeutique de l'antisepsie gastro-intestinale.

L'Académie décide d'allouer un crédit de 800 francs pour la solution de cette question et de clôturer le concours le 20 juin 1900.

b) Par la 4e Section :

De la simulation au point de vue de la médecine légale et des moyens propres à la déceler.

Une somme de 1,000 francs est attribuée comme prix et le terme du concours est fixé au 20 décembre 1900.

c) La date du concours sur les solanées est fixée au 20 janvier 1900 et le prix reste le même que celui indiqué au concours antérieur, soit 500 francs.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Si, comme je l'ai dit dans un précédent article, l'utilité du traitement de la syphilis n'est plus contestée aujourd'hui par aucune personne de bonne foi, on est loin d'être d'accord sur la meilleure façon de la traiter.

Nous ne nous occuperons pas pour le moment des divergences qui existent au sujet des préférences à accorder au mercure ou à l'iodure de potassium, ou bien à un mode déterminé d'administration du mercure, mais seulement au sujet de la direction générale du traitement de la maladie.

Si nous envisageons la syphilis dès le début, à partir de l'accident initial, du chancre, quand faut-il commencer le traitement général ? Comment faut-il le poursuivre ? Quand faut-il le cesser ?

Autant de questions controversées que nous allons discuter.

Et d'abord, *quand faut-il commencer le traitement antisyphilitique?*

Cette question a suscité des discussions interminables et passionné tous les spécialistes, et, si aujourd'hui la lutte a perdu en grande partie son âpreté, les deux partis adverses restent toujours en présence : les uns donnent le mercure aussitôt que le chancre est constaté ; les autres attendent, pour le donner, que les phénomènes secondaires : roséole, plaques muqueuses, alopécie, céphalée, apparaissent.

Avant d'aller plus loin, je ferai observer que *la question est assez indifférente en ce qui concerne le chancre lui-même :* Le chancre, en général, est peu douloureux, peu incommode ; à la langue, aux lèvres, au mamelon et ailleurs encore, il peut être cependant à la fois compromettant par son aspect et gênant pour les mouvements des parties, surtout en raison des frottements auxquels il est exposé.

En pareil cas, il sera désirable d'en obtenir la guérison aussi rapidement que possible.

Le chancre est en outre, en tant que lésion locale, presque invariablement bénin et sa marche naturelle est de tendre spontanément à la guérison ; bien plus, le traitement général n'exerce le plus souvent

qu'une action faiblement marquée sur le chancre de forme commune ; par contre, il influence le phagédénisme d'une façon énergique ; « dans un cas de phagédénisme de chancre lingual, chancre extrêmement étendu et du plus pitoyable aspect, j'ai obtenu, écrivait dernièrement Fournier, un merveilleux succès des injections sous-cutanées de calomel. Impossible à moi d'oublier le surprenant effet que produisit ce mode de traitement dès la première injection. Je me suis bien promis d'y avoir recours à la première rencontre d'un phagédénisme de cet ordre. »

A ne considérer que le chancre dur, il n'y a donc que la complication, très exceptionnelle, de phagédénisme qui exigera l'emploi immédiat du mercure.

Ordinairement, dans le chancre, ce n'est pas l'ulcère qui incommode, c'est l'induration qui l'accompagne et persiste après lui. Ces reliefs de consistance cartilagineuse, parfois énormes, constituent, surtout sur les régions découvertes, une véritable difformité. Outre qu'ils gênent le mouvement des parties, par exemple, le glissement des deux feuillets du prépuce, ils enlèvent leur souplesse aux tissus, et les prédisposent ainsi à des excoriations désagréables.

Pour toutes ces raisons, on rendra souvent service en provoquant la fonte des indurations ; pour obtenir ce résultat, il ne faut compter que sur le traitement mercuriel interne ; « C'est, dit Diday, une de ses spécialités et à coup sûr, l'une des plus certaines. »

Diday, quoique persuadé que le mercure, donné dès le début du chancre, n'affaiblit point les accidents à venir et ne les retarde que de quelques jours, est disposé à prescrire d'emblée le traitement interne dans certains cas.

C'est quand il existe une forte induration périchancreuse ; pour lui, chacune des manifestations de la vérole indique par son degré relatif d'intensité si le malade sera faiblement ou fortement touché.

Or, une forte induration étant un présage de vérole grave, le mercure se trouverait dans ce cas remplir un double office, celui de satisfaire aux exigences de la médication locale, et celui d'atténuer peut-être une affection qui commence sous de fâcheux auspices.

En principe toutefois, lorsqu'on discute sur le point de savoir, s'il faut donner le remède dès l'apparition du chancre ou plus tard, ce-

ne sont pas les lésions existantes, le chancre et l'engorgement des ganglions voisins, que l'on fait entrer en considération, mais bien les manifestations ultérieures de la maladie et son évolution elle-même, si bien que la question touche de près à celle que nous avons déjà examinée, la curabilité de la syphilis. Or, la solution à donner à la question qui fait l'objet du présent article n'est pas uniforme, elle varie selon que le diagnostic du chancre dur s'impose ou non avec évidence.

—

I. Je suppose d'abord que le chancre, par ses caractères propres, notamment par son induration, et par l'adénopathie spéciale, ne laisse aucun doute sur sa nature syphilitique ; il ne faut pas hésiter alors à instituer le traitement général d'emblée, immédiatement.

Cette ligne de conduite, qui est actuellement la mienne, a pour elle de grands avantages. En premier lieu, il est, pour moi, incontestable que *l'administration du mercure dès l'apparition du chancre a pour résultat de réduire sensiblement le nombre et l'intensité des premières manifestations de la syphilis constitutionnelle;* elles se borneront alors le plus souvent à une roséole discrète, à quelques papules sur le cuir chevelu, à quelques plaques muqueuses dans la bouche et le pharynx; les cheveux ne s'éclairciront pas d'une manière appréciable; la chloro-anémie et les autres phénomènes, qui indiquent d'habitude la grave atteinte de l'état général, seront à peine remarqués.

Ainsi que l'écrit Fournier, l'expérience clinique démontre :

1° Qu'en l'absence d'un traitement immédiat inauguré dès l'époque du chancre, les premières poussées secondaires peuvent être, sinon graves, du moins intenses, confluentes, pénibles, douloureuses;

2° Qu'avec le traitement immédiat au contraire, ces premières poussées sont très généralement légères, bénignes, superficielles, tolérables.

Ce bienfait de l'administration précoce du mercure mérite d'autant plus d'être apprécié, que très souvent, d'après mes observations, la première poussée de la syphilis est de toutes, sinon la plus intense, au moins la plus désagréable pour le sujet; c'est elle aussi qui l'effraie davantage; il est encore à ce moment sous l'impression de l'effroi que lui a occasionné la déclaration qu'il avait la syphilis; il n'est pas

encore accoutumé avec sa maladie, ce qui ne tardera pas à se produire, et il réclame avant tout un traitement énergique, qui le préserve des accidents visibles, révélateurs, ou bien des accidents redoutables dont il se croit menacé, par suite d'une connaissance imparfaite de la maladie.

A l'époque où il était de précepte classique en quelque sorte de retarder l'administration du mercure jusqu'à la période secondaire de la syphilis, j'ai toujours été frappé de l'étonnement que faisait éprouver à mes malades l'absence d'une médication interne immédiate, et de l'impatience qu'ils manifestaient d'être soumis à un traitement énergique.

L'administration précoce du mercure exerce vraiment sur le moral du malade une action salutaire qu'il serait inhumain de dédaigner.

En vérité, a écrit Ricord, je serais curieux de savoir si les malades se trouvent satisfaits de l'expectative, et s'ils applaudissent bien sincèrement à cette sage lenteur, alors qu'ils commencent soit à sentir l'aiguillon nocturne de la syphilis, soit à voir leur peau se couvrir de macules, leur front ceindre la couronne de Vénus ou leur crâne se dégarnir de cheveux !

Il y a encore une considération à faire intervenir en faveur du traitement précoce, qui a bien son poids. Si vous ne donnez pas de suite du mercure aux chancreux et que la syphilis évolue avec une certaine gravité, le sujet ne manquera pas de vous accuser ou d'avoir méconnu son mal ou de l'avoir laissé s'enraciner dans l'organisme.

Ce n'est pas tout : on a prétendu que les effets favorables de l'administration immédiate du mercure se manifestent bien au delà de la première poussée.

Fournier déclare avoir eu à constater bien des fois les deux faits que voici :

1° Les syphilis *originairement* traitées se montrent en général facilement accessibles au traitement, bénignes comme symptômes actuels, et peu redoutables comme manifestations éloignées ;

2° Et tout au contraire, les syphilis *tardivement* traitées sont en général bien plus rebelles aux agents thérapeutiques, plus chargées d'accidents, plus fécondes en rechutes, au total moins curables et plus dangereuses.

Pour les partisans de l'action curative du mercure, il est évident qu'il ne saurait pas être administré trop tôt.

A priori, dit encore Fournier, le bon sens autorise presque à préjuger que plus tôt le traitement sera institué, plus il aura de chances pour exercer sur la diathèse l'influence atténuante, corrective et préventive que nous en attendons.

Avec un traitement inauguré dès les premiers temps de l'infection, on a toutes chances, dit-il encore, pour éviter au malade la plupart, voire la presque totalité des accidents importuns, sérieux ou graves de la diathèse, tandis que, si l'on n'est appelé que plus tard à intervenir ou si, de parti pris, intentionnellement, on n'intervient que d'une façon tardive, on trouve la maladie moins docile aux agents thérapeutiques, plus réfractaire, plus rebelle. Il semble que longtemps respectée, elle ait jeté ses racines plus profondément dans l'économie, ou, pour parler le langage du jour, y ait multiplié ses colonies microbiques ».

Mais l'action à longue portée, l'influence favorable, et même, s'il fallait en croire Fournier, l'influence décisive exercée par les premières doses de mercure sur l'évolution de la syphilis, n'est pas facile à démontrer rigoureusement, car l'évolution spontanée de l'affection est trop variable d'un cas à l'autre ; il faudrait recommencer ici la discussion que j'ai soulevée dans mon premier article au sujet de la curabilité de la syphilis.

Langlebert est toutefois du même avis que Fournier.

« Le mercure, écrit-il, guérit la syphilis secondaire, mais il ne la prévient pas. Cela est pour moi un article de foi ; c'est plus encore, c'est un fait acquis, une vérité rigoureusement démontrée par une expérience déjà longue et portant sur un nombre immense d'observations.

Mais à côté de cette vérité se place un fait non moins certain et plus consolant. Si le mercure n'est pas un agent prophylactique, s'il est impuissant à prévenir les manifestations de la vérole, toujours est-il qu'il les modère et les atténue.

Langlebert dit avoir eu bien des fois l'occasion de comparer des malades, ainsi livrés sans défense aux premières attaques de la diathèse, à ceux qui avaient fait un prompt usage du remède; et toujours il a vu chez les premiers la maladie se produire sous des formes plus graves et plus rebelles.

Aussi, dès qu'il avait reconnu l'induration chancreuse et constaté la pléiade caractéristique, il avait recours au traitement mercuriel. « Du reste, ajoutait-il, à ce premier âge de la maladie, les prodromes de la période secondaire commencent déjà à paraître ; il est bien rare qu'un examen rigoureux, qu'une minutieuse exploration n'en fasse pas découvrir quelques-uns. Et alors pourquoi attendre ? à quoi bon temporiser ? C'est perdre un temps précieux, pendant lequel la maladie se renforcera et deviendra d'autant plus difficile à combattre. »

Les objections élevées contre l'administration du mercure dès l'apparition du chancre sont néanmoins dignes d'être discutées.

Première objection. — Le mercure donné le plus hâtivement possible n'empêche pas les accidents secondaires d'apparaître ; il en est ainsi en effet dans l'immense majorité des cas ; tout au plus, selon les observations de Diday que nous avons rapportées, sont-ils retardés de quelques jours ; de là, pour les sujets, qui s'étaient avec tant d'empressement soumis à une médication en laquelle ils avaient toute confiance, une amère déception, quelquefois un véritable découragement, mais ces conséquences ne se produiront pas, si on a soin de prévenir les malades que des manifestations surviendront en dépit du traitement.

Deuxième objection. — Le mercure donné avant l'apparition des premiers accidents secondaires, loin de les atténuer, les aggrave plutôt, en troublant la marche naturelle de la maladie.

C'est la thèse que le professeur Kaposi en particulier a défendue. Il ne conteste pas qu'en théorie, il soit rationnel d'attaquer vigoureusement la maladie avant qu'elle soit arrivée à son complet épanouissement et de chercher à soustraire le sujet à ses manifestations si incommodes. Mais, chaque fois, dit-il, que guidé par de pareilles considérations, il s'est laissé aller à prescrire le traitement général avant l'apparition de l'exanthème, en vue de le prévenir, il a eu à le regretter, et d'autres cliniciens très expérimentés avec lui.

Cette thérapeutique précoce, anticipée n'empêche pas les phénomènes généraux de se montrer, mais, s'ils se montrent plus tardivement, par contre, ils ne se présenteraient plus selon la marche typique, mais en désordre, de telle sorte qu'aux formes exanthématiques légères, il s'ajoute de très bonne heure des symptômes plus graves, telles que des formes ulcéreuses, des lésions du périoste et même des affections du système nerveux ou des reins.

Le traitement n'aurait ainsi abouti qu'à prolonger la durée réelle de l'affection et à en aggraver les symptômes.

« Il est donc, selon mon expérience, conclut Kaposi, inutile, il est même nuisible pour le malade et en même temps déconcertant pour le médecin, de commencer le traitement général avant que la syphilis ne soit caractérisée d'une manière évidente. Je conseille même de ne commencer la cure que lorsque l'exanthème s'est complètement développé et non dès le premier indice de roséole. »

Mais la croyance à l'action perturbatrice du mercure sur la syphilis, si populaire, en Allemagne surtout, à l'époque où l'on était disposé à considérer les accidents les plus graves de la syphilis comme l'apanage à peu près exclusif des sujets mercurialisés, s'est bien affaiblie dans ces dernières années et je doute que Kaposi lui-même se hasarderait encore aujourd'hui à soutenir la thèse qu'il soutenait en 1891 dans son ouvrage sur la syphilis.

« Toutes les fois, dit Besnier, où la médication mercurielle a été, chez un sujet syphilitique, appliquée le plus près possible du début, nous n'avons jamais observé un accident qui lui fût imputable. »

Troisième objection. — Le mercure guérit mieux et plus rapidement les accidents secondaires, s'il est donné pour la première fois au moment où ils apparaissent.

Il y aurait un commencement d'accoutumance au remède chez les sujets mercurialisés dès que le chancre se montre et il serait impossible d'en retirer la plénitude des effets thérapeutiques, au moment précisément où le besoin s'en fait sentir.

En réalité, comme nous le verrons dans la suite, l'accoutumance au mercure se produit à la longue, mais il n'est pas admissible qu'elle soit assez accentuée, au bout des cinq à six semaines qui se sont écoulées depuis l'apparition du chancre, pour contrarier la guérison des premiers accidents. Au contraire, comme je l'ai dit plus haut, l'expérience la plus élémentaire prouve que le mercure donné quelque temps avant les premiers accidents de la syphilis constitutionnelle, non-seulement en modère l'intensité, mais en raccourcit la durée.

—

II. J'arrive maintenant à la seconde hypothèse, le cas où le diagnostic du chancre dur ne peut être fait d'une manière rigoureuse ; la

conduite à tenir alors est bien tracée, et il n'y a pas à ce sujet la moindre divergence d'appréciation : il faut attendre, avant de donner le mercure, que les phénomènes secondaires, s'il s'en produit, soient survenus.

Il ne faut pas s'imaginer qu'il s'agit là d'une supposition purement gratuite; dans la pratique, le diagnostic du chancre dur peut être si difficile que Fournier lui-même a pris pour règle, dans les cas où la chose a une importance de premier ordre, comme dans les expertises médico-légales, de ne jamais diagnostiquer la syphilis par le chancre seul; si d'une part, le chancre syphilitique peut être une lésion insignifiante en apparence, d'autre part, il y a une foule d'autres affections qui peuvent en imposer pour lui : je cite, parce que je me suis trouvé dans l'embarras à ce propos, les herpès, les chancres mous, les folliculites, les simples érosions de la balano-posthite, les déchirures du frein, les crevasses de l'ouverture préputiale.

Les spécialistes les plus éminents se sont trompés, se trompent et se tromperont encore, tantôt prenant pour un chancre dur ce qui ne l'était pas, tantôt prenant pour tout autre chose ce qui était bel et bien un chancre syphilitique. Comment les praticiens, par un sentiment de fausse honte, craindraient-ils alors d'avouer au malade que leur conviction n'est pas faite ?

Pour diagnostiquer un chancre syphilitique, outre les circonstances qui ont accompagné la contamination, il faut une induration bien marquée et étendue, il faut la coexistence de l'adénopathie caractéristique.

Dans tous les cas, s'il y a doute, le doute fût-il aussi minime, aussi léger que possible, il faut se garder de prescrire le mercure et attendre, tout en soumettant le sujet à une observation rigoureuse.

Qu'arrivera-t-il alors ? Des deux choses l'une, la syphilis est en cause, ou elle ne l'est pas.

Dans le premier cas, des phénomènes sur la nature desquels il n'y a pas moyen de se méprendre, roséole, plaques muqueuses, alopécie, etc., surviendront et dès ce moment, le mercure sera indiqué formellement.

Au contraire, si la syphilis n'est pas en cause, il ne surviendra aucun symptôme suspect au bout de 2, 3, 4, 5 mois même d'une observation attentive, et il n'y aura plus qu'à rassurer le sujet.

Il y a bien cependant encore une troisième alternative, dont à tort, selon moi, les auteurs, tels que Fournier, ne font pas mention ; c'est que, après un chancre syphilitique, il ne survienne pas de manifestations secondaires du tout ou du moins qu'elles surviennent si tardivement que le sujet a échappé dans l'intervalle à l'observation médicale et a cessé lui-même de se préoccuper de son état.

Il existe incontestablement des cas où un chancre dur, de la meilleure venue, d'un diagnostic facile et sûr, n'a été suivi d'aucune manifestation diathésique, une syphilis en somme qui s'est arrêtée au chancre, qui avorte pour ainsi dire, et cela, bien entendu, sans avoir jamais été traitée ; la chose est, il est vrai, excessivement rare.

Ce qui est plus fréquent, c'est l'apparition tardive des manifestations secondaires.

J'ai souvenance entre autres d'un cas bien remarquable à cet égard : un étudiant en médecine avait présenté une ulcération insignifiante, suspecte, mais d'un caractère indécis, du frein de la verge, et le médecin, pour se tirer d'embarras, avait néanmoins prescrit du mercure.

La médication était suivie depuis une quinzaine de jours quand je fus appelé à donner mon avis : le chancre était guéri, il n'y avait guère plus trace d'induration et l'adénopathie était insignifiante.

J'eus soin de ne pas me prononcer sur la nature du mal, prescrivis au sujet de cesser de suite l'emploi du mercure, de s'observer avec soin et de revenir se montrer une fois par semaine.

Quatre mois se passèrent, et je n'observai pas le moindre symptôme suspect de syphilis constitutionnelle ; le malade, ayant dans l'intervalle terminé ses études, se rendit à Paris pour les compléter, et alla, sur mon conseil, exposer la situation au prof. Fournier, dont, comme il est aisé de comprendre, il se mit à suivre attentivement les leçons.

Pendant près d'une année, le jeune médecin alla se faire voir chaque semaine au professeur ou à un de ses assistants, il fut lui-même sans cesse en éveil : il n'y eut toujours aucune manifestation.

Ses alarmes commençaient à se dissiper, lorsque, alors rentré en Belgique, il vint me montrer une lésion papuleuse absolument caractéristique, survenue sur la peau des bourses.

La diathèse était restée silencieuse pendant quatorze mois !

Un autre de mes malades, chez lequel j'avais porté le diagnostic de chancre dur, ne voulut point, à raison des circonstances, admettre qu'il pût être infecté de syphilis, et son chancre guéri, cessa de venir me voir; je viens de le revoir, six mois après le chancre; il n'avait pas cessé un jour de s'observer et nous en étions à la première manifestation de la diathèse syphilitique.

De pareils exemples montrent que l'observation, chez un sujet qui a présenté une ulcération suspecte, doit se poursuivre longtemps, plus longtemps qu'on ne l'admet d'ordinaire; le médecin agira même prudemment, quand il jugera bon de congédier le malade, de lui recommander de continuer à s'observer et de revenir au moindre symptôme suspect.

Mais, une question doit se poser ici : l'absence de tout traitement mercuriel chez de pareils sujets, pendant le laps de temps très long qui s'écoule avant l'apparition des symptômes secondaires ne peut-il avoir des conséquences redoutables sur l'évolution ultérieure de la maladie, conduire fatalement, par exemple, à des accidents tertiaires graves ?

Non, car je ne puis m'empêcher de considérer les syphilis, qui spontanément donnent lieu si tardivement aux premiers symptômes secondaires, comme des syphilis bénignes; il n'y aura pas même lieu, chez ces sujets, de chercher à rattraper le temps perdu en les soumettant à une mercurialisation plus énergique et plus prolongée; ils n'auront en somme fait que gagner d'avoir échappé, par la force des choses, à un traitement qui, à tout prendre, n'est ni commode ni inoffensif.

Il y a dans tous les cas une chose certaine, c'est que *la règle pratique, en vertu de laquelle il ne faut jamais donner de mercure avant que l'existence de la syphilis ne soit certaine, ne souffre aucune exception.*

Il y aurait les plus graves inconvénients à soumettre un sujet « *à tout hasard* » ou « *par prudence* », en cas de diagnostic douteux, au traitement antisyphilitique, comme bien des praticiens en ont l'habitude; qu'ils méditent sur la situation qui en résulte et que Ricord a exposée en ces termes :

« Ce n'est pas, en pareille occurrence, d'une simple question de thérapeutique qu'il s'agit; ce sont des intérêts plus élevés qui se trouvent en cause. Il n'est pas indifférent pour un homme de savoir s'il a ou s'il n'a pas la vérole. Une maladie qui s'attache pour toujours au corps de sa victime, une diathèse qui poursuit sa victime pour toute la vie et au delà (c'est à-dire dans sa postérité), un vice constitutionnel transmissible et héréditaire, ce ne sont pas là, je pense, choses vaines et considérations frivoles. Les gens du monde ne se trompent pas sur les conséquences possibles d'un chancre, et veulent être dûment renseignés à ce sujet, par rapport à eux-mêmes dans le présent et l'avenir, par rapport à leurs proches, à leur future famille, etc. Ils exigent de nous, sur les conséquences possibles d'un chancre, un diagnostic actuel contenant un pronostic d'avenir irrévocable.

» Eh bien, si, pour un accident primitif *douteux*, vous administrez le mercure, voyez dans quelles conditions vous allez vous placer. Vous risquez de vous priver et de priver votre malade d'une notion exacte de son état; vous risquez de le laisser en face d'un fantôme ou de lui donner une sécurité qui peut devenir regrettable.

» Le mercure, en effet, a pour résultat de prévenir ou de retarder les manifestations constitutionnelles. Or, je vous le demande, avec la médication spécifique commencée dès le début à propos d'un chancre de caractère douteux, quelle sera pour vous la signification de l'absence de tout accident dans les premiers mois qui suivront ce chancre? Devrez-vous considérer l'immunité actuelle comme le témoignage d'une immunité complète, absolue, définitive, ou simplement comme un effet temporaire du traitement? Faudra-t-il l'attribuer à la nature même de l'accident primitif, qui n'était pas un chancre syphilitique, ou bien à l'intervention prophylactique du remède? Vous n'en saurez rien. Et plusieurs mois, plusieurs années peut-être pourront s'écouler sans que votre diagnostic soit plus avancé qu'au premier jour ».

« Vous voyez, comme dit Fournier à son tour, à quel embarras aboutit presque nécessairement, à un moment donné, l'institution d'un traitement *d'aventure*, d'un traitement sans base, ne reposant pas sur un diagnostic primitif bien certain, absolu, irrévocable.

Et ce sera bien pis encore, si le malade qui vous consulte en pareille

situation vient ensuite à ajouter la question suivante : « Puis-je me marier ? » Qu'aurez-vous à lui répondre ? Sur quelles bases établirez-vous un jugement pour ou contre son admissibilité au mariage ? S'il a eu la syphilis, ce n'est certes pas avec un traitement de quelques mois qu'il sera devenu un mari non dangereux pour sa femme et ses futurs enfants ; faudra-t-il donc lui défendre le mariage ? Mais, s'il n'a pas eu la syphilis, pourquoi le condamner, par arrêt médical, au célibat ? A quoi donc se résoudre ? Pas d'issue, c'est une impasse. »

Il n'y a donc qu'un parti à prendre : en face d'un chancre à caractère douteux, ayez, comme l'a dit Fournier, le courage de vous avouer et d'avouer à votre client que vous ne savez pas ce qu'est ce chancre ; — et, pour le savoir à brève échéance, abstenez-vous de toute médication qui serait de nature à vous priver des enseignements révélateurs de l'évolution morbide.

Pour conclure, la question que j'ai étudiée dans cet article doit se résoudre par cette formule invariable : *commencer le traitement mercuriel dès que le diagnostic de la syphilis est posé avec certitude.*

Dr L. DANDOIS.

A-193

DÉCLARATION DE CERTAINES MALADIES CONTAGIEUSES.

Discours de M. le professeur EUG. HUBERT, à l'Académie.
(Séance du 25 mars 1899.)

Messieurs, les propositions que j'ai eu l'honneur de vous soumettre ne me semblaient pas de nature à susciter de longs débats. Elles m'apparaissaient comme ces vérités de bon sens qu'il suffit d'émettre pour les voir adopter sans difficultés, leur évidence les mettant au-dessus des contestations. Malheureusement, comme dans les *Femmes savantes :*

« Il faut que le lecteur ait gâté le sonnet,
Ou bien qu'en écoutant on eût l'esprit distrait »

Et, que ma pensée ait été mal exprimée ou qu'elle ait été mal comprise, je me vois obligé de l'exposer à nouveau. Je ne serai pas long et je m'efforcerai d'être clair.

En 1893, dans la presse (1), j'ai attiré l'attention sur le peu de soin

(1) *Revue médicale de Louvain*, 1893, t. XII, p. 120.

que nous prenons en Belgique à nous défendre contre les fléaux épidémiques, et en 1896, incidemment — au cours d'une discussion sur les déclarations de naissances et le secret professionnel, — j'ai soumis à l'Académie les mesures que je proposais pour renforcer une défense absolument insuffisante à mes yeux.

Ces propositions me semblaient y avoir été bien accueillies : nos hygiénistes les plus compétents, MM. Kuborn, Janssens et Vleminckx, les appuyaient, en partie du moins, de leur autorité ; et, malgré les provocations de notre Président, M. Desguin, aucune opposition ne se décidait à se produire contre elles.

Je pouvais donc croire n'avoir plus à plaider une cause dont tout le monde ici semblait admettre la justesse, l'utilité et l'à-propos. Je me faisais illusion : dans notre avant-dernière séance l'opposition a éclaté tout à coup. M. Rommelaere nous a appris qu'elle couvait dans les coulisses, et que le silence de l'Académie, que je prenais volontiers pour un acquiescement, était, au fond, de l'indifférence, sinon de l'hostilité.

De l'indifférence ? — Cela n'est pas possible. Une académie de médecine n'est pas une assemblée de purs métaphysiciens détachés de toute préoccupation de médecine pratique, et devant une question intéressant au plus haut point la santé publique, elle ne saurait demeurer indifférente sans faillir à ses devoirs et sans trahir ses destinées.

De l'hostilité ? — Je n'y crois pas davantage. Je comprendrais une vague méfiance contre des règlements nouveaux dont on n'a pas saisi la portée parce qu'on ne les a pas examinés avec attention, mais de l'hostilité ?... Une hostilité qui reste latente pendant trois ans n'est certainement pas bien vive, elle est plutôt sourde... et muette, et je vais montrer de plus qu'elle serait aveugle... si elle existait.

Est-il contesté que certaines maladies soient contagieuses ; qu'un varioleux, un scarlatineux, un diphthéritique soient dangereux pour qui les approche ; et que le premier moyen d'empêcher une épidémie de s'étendre, c'est d'empêcher la contagion de se répandre ?

J'ai vu ceci : une petite boutique d'épiceries ; dans l'arrière-boutique, — servant à la fois de cuisine et de dortoir, — à côté du poële, en leurs berceaux, deux enfants atteints du croup ; — et à tout moment, la mère allant des berceaux au comptoir — et à tout moment, de nouveaux acheteurs venant respirer dans la boutique, l'air empoisonné par le râle des enfants ! — Est-ce tolérable et peut-on laisser le peuple se jeter ainsi inconsciemment au-devant du péril ?

Contre des dangers sérieux ne pas se prémunir sérieusement, c'est, chez un particulier, aveuglement ou sottise ; chez une administration ayant charge d'âmes, l'incurie ou l'inaction devient un crime.

Nous l'avons compris pour le bétail et, dans la mesure du possible, nous avons mis notre bétail à l'abri de la contagion. Témoin l'arrêté royal du 20 septembre 1883, rappelé par M. Dessart, et qui rend la dénonciation du cas contagieux obligatoire, non seulement pour le détenteur de l'animal, mais aussi pour le médecin vétérinaire. — Prenons-nous pour nos concitoyens les mêmes sages précautions?

Après chaque nouvelle catastrophe de chemin de fer, on se livre à de nouvelles études de freins et d'avertisseurs : nous avons peur du chemin de fer. Nous semblons n'avoir pas la même crainte des épidémies qui nous tuent incomparablement plus de monde.

De quelles armes disposent, chez nous, contre les fléaux épidémiques, les administrations auxquelles incombe le devoir de protéger la santé du peuple? Si je vous montre qu'elles sont absolument insuffisantes, vous m'accorderez sans doute qu'il est raisonnable d'en chercher d'autres et opportun de les réclamer.

Nous avons pour nous défendre contre les maladies dont le caractère contagieux constitue un péril public : la loi de 1831, le pouvoir municipal, le bon vouloir des praticiens... des bâtons flottants!

« De loin c'est quelque chose et de près ce n'est rien. »

Je vous ai fait voir déjà que la loi de 1831 est fossile, trop vague dans ses termes pour être opérante, et qu'en fait — à part peut-être pour le choléra, qui a la spécialité d'inspirer cette crainte qui est le commencement de la sagesse — elle n'a chez nous jamais été obéie. Elle est donc comme si elle n'était pas :

« Mettez une pierre à la place,
Elle vous vaudra tout autant. »

M. Janssens a invoqué ici les pouvoirs absolus dont notre législation arme les bourgmestres en matière de police sanitaire. La belle garantie! Si personne ne désigne du doigt au bourgmestre les foyers à surveiller et à éteindre, comment le bourgmestre les exercera-t-il ses « pouvoirs absolus »? Des pouvoirs qu'on ne sait où exercer passent à l'état d'attributs purement décoratifs, comme le titre d'amiral en Suisse. A quoi sert d'avoir un fusil, même chargé, quand on ne voit pas le lièvre?

Dans les grands centres, les hôpitaux, les bureaux de bienfaisance, les comités scolaires viendront bien en aide, dans une certaine mesure, au médecin spécialement chargé du service d'hygiène, mais une infinité de cas échapperont fatalement tous les jours à sa vigilance... et il suffit d'un seul pour empoisonner tout un quartier!

Bruxelles a le service d'hygiène le mieux organisé du royaume : ce service a la bonne chance d'avoir à sa tête un homme de la valeur de

notre Collègue M. Janssens, qui se donne la peine de solliciter des renseignements de ses confrères... Il leur adresse même des formules imprimées pour leur épargner les écritures. Pesons ce que son zèle récolte.

Il y a dans l'agglomération de Bruxelles 532 médecins. Je constate d'abord que le nombre de renseignements fournis par eux diminue très rapidement d'année en année : en 1897, il n'y en a plus que 19 !

Parmi les médecins de la capitale, il en est donc actuellement 3 sur 100 qui répondent aux appels... à moins que ce ne soit le même qui ait fourni à lui seul les 19 renseignements ! Ils signalent : variole, varioloïde, varicelle, 2 cas ; coqueluche, 2 cas ; rougeole, 1 cas. Il n'y a peut-être pas eu de rougeoles cette année ? Mais rien que les bureaux de bienfaisance en renseignent 187. Et pour la plus redoutable des affections épidémiques, la diphthérie, combien nos 532 confrères bruxellois ont-ils trouvé de cas à signaler à M. Janssens ? *Un* seul.

Je ne commente pas, je signale... et je conclus : ce n'est pas avec une source de lumière donnant si peu, qu'on peut se dire bien éclairé.

Et voilà comment, Messieurs, la bonne volonté des médecins vient en aide aux pouvoirs absolus des bourgmestres, sous le régime tutélaire de la loi de 1831 !

L'insuffisance insigne de la défense étant démontrée, la nécessité de la renforcer l'est aussi. Nous sommes les derniers en Europe à n'en pas paraître convaincus. Tous les peuples qui nous environnent ont pris déjà les mesures de prophylaxie indiquées par la science et commandées par le bon sens. Nous, nous ergotons encore... en France, les ordonnances nouvelles n'auraient pas donné tout ce qu'on en attendait... Parbleu ! elles n'y sont pas observées ! Un académicien s'en plaignait le mois dernier à l'Académie et demandait des mesures plus sévères. Partout ailleurs on s'en trouve bien.

Tous les efforts tentés dans un pays pour améliorer le service de la santé publique se traduisent par une amélioration des tables de mortalité. J'ai la conviction qu'un coup d'œil jeté sur les statistiques dressées par tous nos voisins *avant* les nouvelles lois et *depuis*, nous démontrerait arithmétiquement le tort que nous aurions de ne pas suivre leurs exemples. Je ne suis pas en situation de me livrer à ce travail instructif : j'en suggère l'idée à notre collègue Janssens, mieux placé que moi pour le mener à bonne fin.

Toutes les raisons que j'ai entendu opposer à mes propositions, ici et ailleurs, ne soutiennent pas l'examen et me semblent prétextes d'hommes qu'on dérange dans leurs habitudes d'indolence et de

laisser-aller. La dénonciation des maladies épidémiques répugnerait à nos mœurs ; elle violerait le secret médical ; elle nuirait au dénonciateur dans sa clientèle ; au dénoncé, dans ses intérêts. Y a-t-il d'autres griefs encore ? En attendant qu'on les produise, je vais tâcher de nous débarrasser de ceux-ci.

Premier grief. — « Je suis certain, disait l'an dernier M. le Président Desguin, que certain nombre de nos Collègues sont opposés au principe de l'obligation qu'ils considèrent comme étant en opposition avec les mœurs de notre pays : chez nous, on n'aime pas, en général, ce qui est obligatoire. »

Mais, chez nous, tout ce qui est bien, utile, salutaire, l'urbanité, la probité, les impôts, la conscription, et même la garde civique, tout est obligatoire ! Montrez-moi donc le devoir, privé ou social, qui ne le soit pas ?

On rencontre bien des enfants qui répugnent à apprendre la grammaire... et cependant, pour qui veut arriver à s'exprimer congrûment, la grammaire est obligatoire.

La dénonciation des maladies épidémiques entrera dans les mœurs du peuple aussitôt qu'il en aura compris le besoin et vu les bienfaits. C'est une éducation à faire et elle se fera vite. Je m'appuie pour l'affirmer sur cette croyance que chez nous l'esprit d'indépendance n'exclut pas le sens commun : notre amour si chatouilleux de la liberté ne nous empêche pas de planter des garde-fous le long des précipices, ni de museler les chiens en temps de canicule.

Deuxième grief. — Nous attentons au dogme du secret professionnel. Qu'on se rassure, l'arche sainte n'est pas attaquée, elle ne court même aucun péril.

Nous ne cherchons à éluder aucun devoir, mais nous ne nous laissons pas conduire par les mots. La raison d'être du secret médical c'est l'intérêt de la société. Or, cet intérêt est chose mobile et si, en général, il nous impose le silence, il peut vouloir aussi que nous parlions : de sorte que se taire et parler peut être bien ou mal, selon les circonstances. La langue d'Esope était déjà ce qu'il y a de meilleur et de pire, selon l'usage qu'on en sait faire. Sans doute, en matière de discrétion vaut-il mieux être trop rigoureux que trop laxe et rester en deçà des limites reçues que les transgresser, mais nous ne nous trouvons pas dans l'alternative de tomber dans l'une ou l'autre exagération, nous avons le juste milieu, si sagement défini dans le serment d'Hippocrate : « Quaecumque in vitâ hominum vel videro, vel audiero, *quod in vulgus efferre non decet*, ea reticebo, atquè arcana fidei meae commissa. » Le texte est clair et l'obligation nettement précisée : nous devons taire deux catégories de faits ; ce qu'il ne

convient pas de divulguer et les secrets confiés à notre garde. En dehors de là nous recouvrons la liberté et, où il n'y a pas de choses qu'il ne conviendrait pas d'ébruiter ou de secret, il ne saurait y avoir de trahison.

Le respect de la discrétion est le seul prétexte derrière lequel puissent se retrancher les 97 médecins sur 100 de Bruxelles, et d'ailleurs, qui ne remplissent pas le devoir social d'assister les autorités dans la lutte contre les épidémies. Pour leur enlever ce dernier prétexte, et pour les rasséréner, je leur promets deux choses : 1° ils n'auront pas à se déranger demain plus qu'aujourd'hui ; — et 2° quand il leur arrivera — une fois tous les dix ans peut-être — d'avoir une déclaration à faire, elle ne violera rien de sacré. Les maladies dont je demande la dénonciation ne rentrent pas dans la catégorie des faits qu'il serait indécent de divulguer, ce ne sont pas des maladies honteuses qu'il y ait intérêt à tenir secrètes ou qu'il soit dans nos habitudes d'entourer de mystère. Tous les jours on interpelle un praticien de la sorte : « Vous venez de chez M. X..., rien de grave, n'est-ce pas ? » Le praticien se redresse-t-il de toute sa hauteur pour répondre : « Monsieur, cela ne vous regarde pas ! » Non, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent il ne prend pas la note tragique et il répond : « Rien de grave, en effet, une petite fièvre éruptive. » Et pourquoi se permet-il cette indiscrétion ? Mais parce qu'il estime pouvoir la faire sans manquer aux usages et sans transgresser aucun devoir professionnel ! — Et ce qu'il croit pouvoir révéler sans inconvénient au premier venu, il n'y a qu'aux préposés du service d'hygiène qu'il devrait le taire, sous peine de forfaiture ? Est-ce sérieux ?

Dans le courant de ce mois, le pays a traversé quelques jours d'angoisse : la Reine était en danger. Dans la pensée de qui peut-il venir que les médecins qui ont eu l'honneur de la soigner et le bonheur de la guérir, ont trahi le secret professionnel en signant les bulletins quotidiens ?

Tous les jours, des praticiens honorables signent des certificats de folie — graves ceux-ci à tous les points de vue. Se figurent-ils ne pas trahir le *secret médical?* ou n'aurait-il de trahison que lorsqu'il s'agit de déclarer un malade atteint de rougeole ou de croup ? La nécessité qui légitime le premier acte légitime aussi le second, ou la logique n'est plus qu'un vain mot.

Troisième grief. — Le médecin dénonciateur, au village comme en ville, se verrait bientôt délaissé par la clientèle. Aujourd'hui, peut-être ; — mais demain, quand la dénonciation sera devenue obligatoire ? Ce que tous sont obligés de faire, on ne peut le reprocher à aucun en particulier. D'ailleurs — et j'attire leur attention sur ce point — cette

déclaration qui paraît leur répugner si profondément, les praticiens ne devront la faire presque jamais.

Pour éviter de livrer un secret -- qui au fond est un secret de polichinelle — il leur suffira, tout comme pour la déclaration des naissances, d'avertir ceux à qui la révélation incombe naturellement, qu'à la négliger ils s'attireront une amende et des jours de prison. Plus la loi sera impérative et sévère, mieux elle sera obéie par le public et moins le médecin aura à intervenir. C'est évident.

Les chefs de famille, qui connaissent déjà le chemin des bureaux de l'état civil, apprendront vite celui des bureaux d'hygiène, d'où peut venir le secours.

La question, du reste, n'est pas de savoir si la nouvelle mesure contrarie plus ou moins les médecins, mais si elle est salutaire et bonne. Si elle l'est, ils l'accepteront vaillamment, du même cœur qu'ils acceptent tous leurs autres devoirs, si pénibles qu'ils soient parfois.

Reste le dernier grief, le tort causé au détaillant dont la dénonciation aurait pour quelque jours fait fermer la boutique.

Je ne crois pas devoir m'y arrêter. Le dommage subi dans l'intérêt de la communauté, il est juste que la commune ou l'État le répare par une indemnité. C'est une question d'argent qui ne saurait faire reculer : la santé publique prime les questions de budget.

Je termine. Estimant qu'il convient de déployer tout autant d'énergie et de prévoyance contre les épidémies que contre les épizooties, les incendies, les explosions de grison, les déraillements de chemin de fer et autres calamnités publiques et croyant remplir un devoir — je vous ai demandé, il y a trois ans, de dire au Gouvernement : « Nos moyens de défense sont surannés, illusoires, insuffisants : donnez-nous en de sérieux. » Le Gouvernement, très vraisemblablement, vous aurait répondu : « Vous avez l'autorité que donne la compétence : indiquez-moi vos moyens. » Nous les aurions discutés mûrement et nous aurions eu le mérite d'une généreuse initiative.

Aujourd'hui que le Gouvernement a son projet de loi, prêt à être déposé sur le bureau de la Chambre, je ne vois plus l'utilité d'enfoncer une porte qui va s'ouvrir. Dans ces conditions, le vote de l'Académie, quel qu'il soit, ne perdra rien de son autorité scientifique, sans doute, mais il aura le tort des carabiniers qui arrivent trop tard.

DIAGNOSTIC DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME.

Le dr Chauffard a groupé, dans une de ses cliniques, les principaux éléments du diagnostic différentiel des formes articulaires aiguës de la goutte et du rhumatisme.

Ce diagnostic est assez délicat parce qu'entre les deux maladies, il y a toute une série de points de contact, d'analogies symptomatiques : polyarthrites aiguës, douloureuses, fluxionnaires, fébriles. variables, mobiles, récidivantes.

Les différences concernent d'abord l'*étiologie ;* le rhumatisant est plus jeune que le goutteux en général, bien qu'il y ait parfois des exceptions, et que la goutte héréditaire puisse frapper des enfants.

En second lieu, le rôle de l'hérédité est capital en la circonstance : le goutteux est soumis à l'hérédité similaire ou à l'hérédité de maladies équivalentes; ses antécédents sont presque toujours entachés d'états pathologiques qui rentrent dans le groupe des affections par ralentissement de la nutrition.

La manière dont débute le mal confirme les prévisions basées sur l'étiologie. L'invasion du rhumatisme est souvent progressive, avec localisation angineuse, avec prédilection première pour les articulations du cou-de-pied et des genoux, avec tendance à la symétrie. La grande attaque de goutte a, au contraire, un début aigu, sans prodromes, au milieu de la nuit, et la douleur devient rapidemsnt cruelle. Cette brutalité du début, tout à fait spéciale à la goutte, est presque pathognomonique.

Le *siège du mal* a aussi une grande importance : presque toujours, la localisation initiale de la goutte se fait au gros orteil; peu de goutteux échappent à cette règle; mais ce n'est pas toujours la seule jointure prise; aussi faut-il tenir compte, non seulement de la localisation, mais des caractères spéciaux de la fluxion.

La *sensibilité* n'est pas la même dans les deux cas : la sensibilité de la fluxion goutteuse a une acuité qui dépasse de beaucoup celle du rhumatisme; le goutteux ne supporte pas le contact des draps et redoute les explorations. Lasègue insistait sur une manœuvre qui peut aider au diagnostic : dans un cas de rhumatisme, on peut imprimer à la jointure des mouvements passifs, à la condition que le malade ne se contracte pas. On n'y arrive jamais chez le goutteux.

La douleur de la fluxion goutteuse est moins continue, plus paroxystique; le malade souffre à certains moments seulement; il a des détentes. D'autre part, il cherche un soulagement dans les changements de position, il a des inquiétudes musculaires, il cherche sans cesse une attitude nouvelle; tandis que le rhumatisant ne demande que l'immobilité.

Au point de vue purement objectif, *la coloration de la fluxion* goutteuse est d'un rouge violacé, d'un rouge pivoine, disait Trousseau; celle de l'arthrite rhumatismale est plus rosée, avec réaction sudorale non seulement locale mais générale.

Le *mode d'évolution* fournit aussi des renseignements. L'arthrite de la goutte est plus profonde et survit à la fluxion, se manifestant souvent par des craquements articulaires, du gonflement, des tophi périarticulaires. Il se fait souvent des fluxions abarticulaires : onyxis, hygromas, tophus de l'oreille.

La jointure du rhumatisant récupère, au contraire, le plus souvent son intégrité.

L'*état général* est plus touché dans le rhumatisme ; le malade maigrit, s'anémie, se déglobulise.

Le *mode de terminaison* diffère dans les deux cas : à la fin de la goutte, on note une fine desquamation locale, la peau a l'aspect pelure d'oignon et elle est le siège de vives démangeaisons. Le pied reste tendre, délicat, le malade a la sensation de marcher sur des pointes d'aiguilles.

Différentes aussi sont les *réactions viscérales :* le cœur, si souvent touché par le rhumatisme, est respecté par la goutte, de sorte qu'on peut presque éliminer le rhumatisme, si l'on trouve un cœur sain chez un sujet qui a souffert de plusieurs grosses atteintes articulaires.

S'il ne devient pas cardiaque, le goutteux est exposé, par contre, à finir par la sclérose rénale.

Le diagnostic devient très difficile s'il s'agit de formes frustes ou atypiques. Il reste alors la *réaction thérapeutique*, qui peut éclairer certains cas dans lesquels l'action spécifique du colchique est très nette. L. D.

—

DE L'ORIGINE NASO-PHARYNGIENNE DU RHUMATISME.

Le dr Gallois rappelle, dans le *Bulletin médical*, que les relations de l'angine et du rhumatisme sont connues depuis longtemps.

Dans la pensée des premiers cliniciens qui ont saisi ces relations, l'angine était la première manifestation d'un rhumatisme encore latent, une angine déjà de nature rhumatismale, comme l'angine précoce de la scarlatine est de nature scarlatineuse. Au point de vue clinique, cette angine du rhumatisme aurait des caractères particuliers. Il s'agirait d'une angine rouge, diffuse, se faisant remarquer par une dysphagie douloureuse, hors de proportion avec le peu de signes physiques constatés dans la gorge.

Depuis quelques années, la conception pathogénique de l'angine prérhumatismale tend à se modifier; la coïncidence des deux affections est à coup sûr fréquente; ainsi, Kingston-Fowler, ayant eu lui-même une attaque grave de rhumatisme à la suite d'une angine, réunit vingt observations semblables et arrive à cette conclusion que

80 p. c. des cas de rhumatisme sont précédés d'angine, ce qui est une proportion considérable.

D'après la thèse de De Saint-Germain, l'angine du rhumatisme existerait dans la moitié des cas.

Roos a montré que l'angine précédant le rhumatisme n'a pas toujours les caractères indiqués par Trousseau, qu'elle peut consister en une amygdalite phlegmonneuse ou folliculaire. De Saint-Germain, d'ailleurs, avait signalé également l'existence d'angines pultacées, herpétiques ou phlycténulaires dans ces conditions.

La tendance actuelle est de voir dans l'angine des rhumatisants non pas un exanthème rhumatismal ayant ses caractères propres, mais une angine en quelque sorte banale, ouvrant la porte au microbe, spécifique ou non, de la polyarthrite rhumatismale aiguë. Cette opinion ne peut évidemment pas être considérée comme l'expression d'une vérité démontrée, puisque la bactérie pathogène n'est pas encore déterminée avec certitude. Ce n'est qu'une hypothèse qui aurait besoin d'être étayée par de nouveaux arguments.

Le rôle infectant en général des angines aiguës est assez communément admis du reste; on a signalé, en particulier, l'existence de néphrites d'origine amygdalienne.

Le dr Gallois pense que les affections chroniques du naso-pharynx, si communes chez les enfants, présentent les mêmes dangers que les angines aiguës au point de vue des infections secondaires; on sait que le même auteur a dernièrement exposé une théorie originale d'après laquelle la scrofule reconnaîtrait habituellement pour origine la présence de végétations adénoïdes.

Dans le nouvel ordre d'idées qu'il soulève, si le rôle des rhino-pharyngopathies chroniques se vérifiait, il permettrait de comprendre un certain nombre des particularités du rhumatisme. L'hérédité du rhumatisme, dans certains cas, s'expliquerait par l'hérédité des adénoïdes. Les récidives de cette affection pourraient être interprétées par la persistance d'une affection chronique de la gorge qui reste une porte d'entrée permanente à l'infection rhumatismale. Le rhumatisme aigu est surtout une maladie de jeunes sujets, comme d'ailleurs toutes ces affections chroniques du nez ou du pharynx.

Il rapporte un certain nombre de faits qui s'accommodent facilement de l'hypothèse de l'origine naso-pharyngienne de rhumatisme; nous ne savons pas toutefois si cette affection est causée par une bactérie spécifique ou si elle ne peut pas être produite par des micro-organismes différents et plus ou moins banals.

Il semble bien dans tous les cas que la fréquence d'altérations du naso pharynx chez les sujets atteints de rhumatisme n'est pas une simple coïncidence.

Le rhumatisme pouvant être considéré comme un état infectieux, l'infection a dû pénétrer par un point quelconque de l'organisme; d'autre part, les lésions du naso-pharynx sont une source fréquenté, mais méconnue d'infections diverses. Dans ces conditions, chez les malades qui ont une infection, le rhumatisme, et une porte d'entrée d'infection dans le rhino-pharynx, il y a lieu de se demander si l'une n'est pas la conséquence de l'autre. L'angine du début du rhumatisme ajoute à cette hypothèse de nouvelles chances de probabilité.

L. D.

LES PROCÉDÉS DE STÉRILISATION DU LAIT.

La question de l'allaitement des nouveau-nés est de nouveau à l'ordre du jour, et, pour compléter ce que nous en avons dit dans le n° précédent, nous résumons une étude publiée dans la *Presse médicale* par le dr Mesnard.

Quand la nécessité oblige à recourir à l'allaitement artificiel, autrement dit, au lait de vache, la première condition requise, c'est que la vache soit bien portante, ne se trouve en puissance d'aucune maladie dont le germe soit susceptible de passer dans le lait. Comme la tuberculose représente à cet égard le principal danger, toutes les vaches dont le lait est destiné à la consommation publique doivent être soumises à l'épreuve de la tuberculine : ce faisant, on évitera l'*infection directe* du lait par les microbes pathogènes.

Cela ne suffit pas : il faut empêcher l'*infection indirecte* du lait à partir de la traite, soit par des microbes pathogènes le souillant accidentellement, soit par les saprophytes qui, en se développant dans ce milieu, y engendrent des transformations chimiques capables de déterminer des troubles gastro-intestinaux très graves chez les nourrissons. C'est pourquoi la propreté des vaches, des étables, des laiteries et des ustensiles qui y sont mis en usage, de la traite et des trayeurs eux-mêmes, la pureté de l'eau de lavage, seront tout particulièrement observées : depuis l'instant où le lait sort du pis de la vache jusqu'au moment où il arrive à la bouche de l'enfant, il doit être tenu à l'abri de tout germe, de toute contagion.

Que toutes ces conditions soient remplies, et cela suffira pour que le lait soit livré à la consommation publique générale, mais cela ne suffira pas pour l'alimentation des nouveau-nés. Il se peut, en effet, que, par suite de circonstances accidentelles, quelques-unes des précautions susmentionnées aient été négligées et que le lait renferme des bactéries pathogènes ou que des colonies de saprophytes s'y soient développées malgré tout. Comme c'est assez d'une fois pour qu'il se

produise chez le nourrisson des accidents gastro-intestinaux sérieux, souvent même mortels, surtout pendant les chaleurs de l'été, il faut toujours s'imposer une dernière précaution, laquelle consiste à *stériliser* le lait avant de le donner aux enfants.

On a proposé différents moyens pour s'opposer à la fermentation du lait et le rendre moins altérable, pour détruire les microbes qu'il peut contenir, l'empêcher ainsi de se corrompre et de transmettre les maladies infectieuses. Parmi tous les moyens expérimentés jusqu'à ce jour, la *stérilisation par la chaleur* constitue le seul efficace et certain.

Pour l'emploi de la chaleur, trois procédés principaux se trouvent en présence : l'ébullition simple à l'air libre; la pasteurisation; la stérilisation complète par chauffage à la température du point d'ébullition ou à une température supérieure, mais sans ébullition.

Ébullition à l'air libre Ce n'est qu'un pis-aller; cela ne peut suffire que si le lait est consommé aussitôt après la traite. L'ébullition, telle qu'elle est pratiquée dans les ménages, est rarement complète, du reste; en outre, le lait bouilli n'est pas toujours supporté par les nourrissons. Cependant, c'est là un procédé simple et facile, dont il faut bien se garder de détourner les mères lorsque l'usage du lait stérilisé est impossible.

Pasteurisation. Cette méthode est celle que l'on emploie depuis Pasteur pour la conservation des bières et des vins : en chauffant le lait à 75° ou 80°, on détruit les ferments lactiques et les microbes pathogènes; par suite, il semble que la purification du liquide soit obtenue et les fermentations empêchées. Mais l'expérience a démontré que la pasteurisation du lait n'a pas donné les beaux résultats de la pasteurisation du vin; le dr Marfan déclare qu'au point de vue de la purification, on ne peut accorder à un lait ainsi traité qu'une médiocre confiance, car on n'est pas toujours sûr d'avoir supprimé tous les ferments lactiques.

Stérilisation proprement dite. Elle comprend deux grandes divisions : la stérilisation à domicile et la stérilisation industrielle.

A. *Stérilisation à domicile.* C'est la méthode dite de Soxhlet; elle se réalise par le chauffage au bain-marie du lait en vase clos à 100°, et la température d'ébullition est atteinte par le liquide sans que cette ébullition se produise. On évite ainsi les changements moléculaires que présente le lait bouilli, et les microbes pathogènes et les saprophytes de la lactose sont détruits, sans que la composition du liquide ait à en souffrir. C'est un procédé excellent lorsqu'on est à la source du lait ou quand on fait agir la chaleur sur un liquide dont la fraîcheur et la pureté sont absolument assurées.

La stérilisation à domicile doit être le procédé de choix à la campagne, dans les petites villes, toutes les fois que le lait ne passe par aucun intermédiaire et est consommé peu de temps après la traite. Mais c'est une *stérilisation relative* qui ne détruit pas tous les saprophytes et qui ne fait que suspendre leur activité pour un temps limité. Un pareil lait doit être consommé dans les vingt-quatre heures. Son principal avantage est d'être réparti dans de petites bouteilles, une pour chaque tétée, qu'on ne débouche qu'au moment de s'en servir.

B. *Stérilisation industrielle.* Pour obtenir une stérilisation absolue, c'est-à-dire détruire absolument tous les microbes et toutes les spores du lait, il faut porter ce liquide, pendant dix minutes environ, à une température supérieure à 100° (108°, 110° et même jusqu'à 120°) : c'est là le fait de la *stérilisation industrielle*, qui permet de conserver le lait plusieurs jours. Comme elle est effectuée aussitôt après la traite dans de grandes exploitations où l'alimentation et l'hygiène des vaches sont particulièrement soignées, elle donne une entière sécurité pour les qualités nutritives du lait et pour sa pureté. C'est le procédé de choix dans les grandes villes, où il serait dangereux de se servir d'un lait quelconque, dont on ignore la provenance. L. D.

—

TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE.

Pour combattre l'hypertension artérielle dans ses causes, l'*hygiène* et surtout le *régime alimentaire* prennent, comme le fait remarquer le dr Huchard dans le *Journal des Praticiens*, une place prépondérante.

On sait l'influence des toxines alimentaires sur l'hypertension ; il faut donc *supprimer la viande* d'une façon presque absolue, *prescrire le plus de laitage possible, beaucoup de légumes ;* interdire le bouillon et les potages gras en excès ; les viandes faisandées et peu cuites, le gibier, les mets épicés, les poissons de mer, le caviar, les fromages faits, les conserves alimentaires, toutes les boissons excitantes. Le tabac doit être rigoureusement interdit.

La *réduction des boissons* a une importance secondaire. Il faut d'ailleurs faire une distinction entre celles qui sont diurétiques et celles qui ne le sont pas. Les premières sont utiles, par exemple le lait pris à haute dose ; les secondes nuisibles en grande quantité, parce qu'elles contribuent, en augmentant la pléthore vasculaire, à élever encore l'hypertension. Les boissons, et parmi elles les *eaux minérales diurétiques*, prises dans l'intervalle des repas ou le matin à jeun, constituent un bon moyen d'éliminer les déchets de l'organisme et de

réduire la quantité d'acide urique : prescrire une ou deux fois par jour, le matin à jeun ou le soir au moment du coucher, un verre d'eau (Vittel, Evian, Martigny, Contrexéville).

L'hygiène génerale doit consister en *bains*, *massage*, *hydrothérapie*, *frictions* sèches et excitantes sur les membres. Éviter les grandes fatigues, les émotions.

Pour combattre l'hypertension dans ses conséquences, il convient de recourir aux *médicaments vaso-dilatateurs et dépresseurs de la tension artérielle*. Parmi eux se placent le *nitrite d'amyle*, que l'on doit réserver uniquement pour les accès angineux; la *trinitine* et le tetranitrate d'erythrolol ou *tétranitol*.

L'action de la trinitrine (en solution au centième) dure 30 à 45 minutes au plus. Le tétranitrol n'agit qu'au bout de 40 à 50 minutes, et son action peut persister pendant une heure et demie. Donc, si l'on cherche (et on le doit) une action prolongée, il faut répéter les doses toutes les trois ou quatre heures : 2 à 3 gouttes de la solution de trinitrine au centième, 0 gr. 003 à gr. 005 de tétranitrol. Un bon dosage est celui de « comprimés » à deux ou trois gouttes de trinitrine, à deux ou quatre milligrammes de tétranitrol. Pour la facilité de l'administration, on peut diluer la trinitrine dans l'eau, par exemple trinitrine :

Eau distillée ..... 300 grammes
Solution alcoolique de trinitrine au centième. L gouttes

Il faut s'arrêter ou diminuer la dose dès l'apparition de la céphalalgie frontale ou pulsatile.

Quand l'hypertension artérielle existe sans lésions artérielles, les iodures, dont on fait un si grand abus, ne sont aucunement indiqués.

L'iodure abaisse dans une faible mesure la tension artérielle mais agit plutôt sur la paroi sclérosée de l'artère.

L'emploi du massage méthodique et surtout du massage abdominal a parfois une grande importance.

Le *massage abdominal* réduit la stase sanguine des veines intra-abdominales, prévient l'immobilisation et l'accumulation des toxines contenues dans les veines mésaraïques, augmente leur élimination par la diurèse. La stase circulatoire abdominale est une cause puissante d'hypertension artérielle passagère ou permanente, parce qu'elle entraîne la stase des toxines vaso-constrictives qui augmente la tension sanguine.

Il est indiqué de veiller sur la diurèse et de prescrire quelques purgatifs de temps en temps.

Parmi les médications nuisibles, il faut citer celles qui utilisent les substances ayant pour effet d'élever la pression vasculaire ou de

produire la vaso-constriction : seigle ergoté, atropine, belladone, digitale, caféine, et celles qui augmentent l'insuffisance urinaire : antipyrine, atropine, morphine. L. D.

TOLÉRANCE ET INTOLÉRANCE POUR LA CRÉOSOTE.

La créosote n'a guère conservé des partisans pour le traitement de la tuberculose pulmonaire ; le dr Burlureaux lui reste cependant toujours fidèle et persiste à croire que, pour en tirer tout le bénéfice possible, il faut arriver à la dose maxima tolérée.

Or, la tolérance pour la créosote est extraordinairement variable suivant les sujets et un des élèves du dr Burlureaux, le dr Simon, vient de montrer les indications que l'on peut tirer de cette intolérance même ; rappelons d'abord quels sont, selon leur degré, les phénomènes d'intolérance : goût de créosote dans le pharynx, sueur, frisson, vertige, hypothermie suivie ou non d'hyperthermie, urine noire, état cholériforme.

Il serait intéressant de pouvoir préciser quelles sont les doses qui déterminent l'intolérance, mais les limites dans lesquelles celle-ci se tient sont singulièrement étendues : certains malades ont des accidents avec cinq milligrammes, et Burlureaux, au contraire, a cité un malade qui pouvait absorber 27 gr. 33 de créosote par jour en injections sous-cutanées sans inconvénient. Il est donc bien difficile d'indiquer la dose maniable du médicament ; cependant, pour fixer les idées, on peut dire qu'en moyenne les malades tolèrent 2 grammes de créosote, donnés soit en lavement, soit en injection sous-cutanée. Donc, tout malade qui ne tolère pas 1 gr. 50 à 2 grammes de créosote sera classé parmi les intolérants ; cette notion serait d'une importance capitale au point de vue du pronostic d'une maladie, quelle qu'elle soit, traitée par la créosote.

C'est qu'en effet l'intolérance, d'après MM. Burlureaux et Robert, n'est due ni à l'idiosyncrasie, ni à la nature de la maladie, ni à la nature et à l'étendue des lésions pulmonaires ou des complications viscérales : sa cause se trouve dans l'état de déchéance de l'organisme. Les observations en effet permettent d'établir cette proposition : *la créosote n'est bien tolérée à forte dose que par des sujets offrant ce que, faute de mieux, on peut appeler une bonne résistance vitale.*

Inversement, tous les malades ayant eu de l'intolérance étaient dans un état plus ou moins profond de *déchéance organique*, les uns par le fait d'une tuberculose avancée, les autres par le fait d'un état profondément infectieux, d'autres en raison d'une neurasthénie ancienne compromettant l'intégrité de leurs organes et frappant toutes leurs fonctions d'une véritable inhibition.

Ainsi, d'une part tolérance bonne, très bonne ou parfaite correspondant à un état général bon ou très bon ; d'autre part, intolérance très grande ou absolue correspondant à un état général médiocre ou mauvais, voilà ce que la clinique montre de la façon la plus certaine.

Malheureusement on ne peut apprécier cette résistance qu'en procédant par tâtonnements. Aussi faut il commencer par des doses minimes, également prêt à augmenter rapidement si la tolérance est bonne et à diminuer si elle est médiocre; il ne faudrait pas dépasser la dose de 20 centigrammes au début du traitement.

En résumé, le degré de la tolérance à la créosote indiquerait très approximativement le degré de résistance de l'organisme et il y aurait lieu de formuler les conclusions suivantes :

1° Tout malade qui ne tolère pas la créosote à petite dose est *presque* irrémédiablement perdu — même si sa maladie est de date récente, encore mal dessinée, sans symptômes inquiétants. Chez certains tuberculeux, la maladie revêt d'abord un aspect bénin, il n'y a que des signes stéthoscopiques difficiles à apprécier, peu ou pas de fièvre, mais une *teinte anémique* ou mieux, *terreuse*, très spéciale. Si l'on vient à soumettre ces malades à la médication créosotée, on est étonné de leur peu de résistance ; ces formes cliniques, sur lesquelles M. Burlureaux a déjà attiré l'attention, seraient des plus redoutables. Dans ces cas, l'intolérance créosotée est un élément de pronostic d'autant plus précieux que les autres font encore à peu près défaut.

2° Tout malade qui tolère bien la créosote, eût-il les apparences les plus défavorables, eût-il des lésions avancées, a des chances sérieuses d'amélioration, surtout si sa tolérance va crescendo.

3° Si, au contraire, après avoir supporté de fortes doses, un malade vient à avoir de l'intolérance *progressive* (et non passagère), le pronostic s'assombrit, quand bien même ce malade conserverait un appétit suffisant, n'aurait pas de fièvre, ne perdrait pas de son poids. On peut être convaincu alors que la maladie fait sourdement son œuvre et que ses ravages encore cachés ne vont pas tarder à se manifester.

Il faut ajouter que l'intolérance peut être accidentelle, se produire pendant le traitement, et être due à une affection intermittente ; elle n'est alors que momentanée. Ainsi, Burlureaux signale les angines, plusieurs autres où l'affection intercurrente a été une attaque de rhumatisme, une poussée fébrile occasionnée par de la lymphangite, une diarrhée, une indigestion ; il note que chaque fois il y a eu intolérance, la dose de créosote qui était tolérée avant, ne l'est plus à

partir du moment précis où sont apparus l'angine ou la diarrhée, et tant qu'elles durent. L. D.

—

DE L'ECTOPIE TESTICULAIRE INGUINALE.

Il s'agit d'une anomalie assez fréquente — le dr Broca a déjà opéré à lui seul 115 sujets — et qui, depuis quelque temps surtout, a mérité de fixer l'attention au point de vue thérapeutique.

Le professeur Duplay vient de s'en occuper dans une leçon reproduite par la *Presse médicale*.

Les anomalies de migration du testicule comprennent deux catégories, selon qu'il s'agit d'*arrêts* dans la migration normale du testicule ou d'anomalies résultant d'une *direction vicieuse* prise par la glande.

1° Lorsqu'il y a simplement un arrêt dans la migration, le testicule peut rester inclus dans l'abdomen *(ectopie abdominale)*, dans la fosse iliaque *(ectopie iliaque)*, dans le canal inguinal *(ectopie inguinale)*, ou enfin il peut sortir du canal inguinal et s'arrêter dans le pli cruro-scrotal *(ectopie inguino* ou *cruro-scrotale)*.

2° Quand au contraire, le testicule, au lieu de suivre son chemin normal, prend une direction vicieuse, il peut, après avoir franchi le canal inguinal, se trouver refoulé vers le haut dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale *(ectopie sous-abdominable)*, ou venir se placer dans le pli de l'aine au niveau du siège des hernies crurales *(ectopie crurale)*, ou enfin gagner le périnée où il se trouve alors situé sous la peau, latéralement et un peu en avant de l'anus *(ectopie périnéale)*.

L'ectopie est généralement unilatérale, et on la désigne souvent sous le nom de *monorchidie;* lorsqu'elle est bilatérale, on dit alors qu'il y a *cryptorchidie*.

De toutes ces anomalies, l'ectopie inguinale est de beaucoup la plus fréquente; elle comprend plusieurs variétés : 1° l'ectopie inguinale *interne*, dans laquelle la glande est placée au niveau de l'anneau interne; 2° l'ectopie inguinale *interstitielle*, correspondant aux cas dans lesquels le testicule est situé dans le canal inguinal; 3° l'ectopie inguinale *externe*, dans laquelle l'organe est plus ou moins engagé dans l'anneau externe.

On a proposé, pour expliquer la production de l'ectopie, différentes hypothèses qui sont, pour la plupart, absolument insuffisantes; c'est ainsi qu'on a incriminé les dimensions exagérées de la glande, l'étroitesse du canal inguinal ou de ses orifices, ou encore l'existence d'adhérences péritonéales s'opposant à la descente de l'organe.

Cette dernière est, d'après les constatations faites dans le cours d'opération, l'hypothèse la plus plausible.

Autrefois, on a beaucoup incriminé la disposition ou la structure vicieuse du *gubernaculum testis*, ce prétendu appareil musculaire qui dirigeait la descente du testicule.

Quelles sont les conséquences qu'entraîne l'ectopie du testicule ?

Pour ce qui regarde la fonction de l'organe, les avis sont contradictoires.

Suivant les uns, l'ectopie entraînerait réellement l'atrophie du testicule, mais sans en altérer la structure, si bien que l'organe devrait être considéré comme susceptible de fonctionner normalement au point de vue de la spermatogénèse.

Selon les autres, le testicule ectopié subirait une transformation fibreuse ou graisseuse entraînant une disparition complète de la structure normale, et, par suite, la perte de ses fonctions.

D'autres enfin ont voulu expliquer cette divergence d'opinion en cherchant à prouver que, chez les jeunes sujets, le testicule ectopié est encore capable de produire des spermatozoïdes, alors que la spermatogénèse finit par disparaître complètement avec les progrès de l'âge. Cette notion a une grande importance au point de vue du traitement.

Il résulte donc de ce qui précède que, dans les cas d'ectopie bilatérale ancienne, les sujets sont frappés d'infécondité. A part ce trouble fonctionnel grave, l'ectopie testiculaire, même bilatérale, est souvent d'une bénignité absolue. Cependant, le pronostic peut revêtir, dans certains cas, une gravité exceptionnelle, lorsque le testicule ectopié est atteint de l'une des affections assez nombreuses auxquelles il est exposé alors qu'il occupe sa situation normale dans les bourses.

Très souvent, au moment de la puberté, par suite de l'augmentation du volume de la glande, on voit les malades se plaindre d'une véritable gêne et même de douleurs plus ou moins vives, qui disparaissent définitivement chez les uns, mais qui persistent chez d'autres, se reproduisant à des intervalles variables, sous une forme névralgique, et qui sont parfois telles qu'elles peuvent entraîner de véritables syncopes.

Cet accident de l'ectopie testiculaire, qui peut, par sa persistance, rendre la vie intolérable, justifie, comme nous le verrons, une intervention opératoire.

Chez certains sujets, on observe des accidents plus graves, produits par une sorte d'étranglement du testicule, arrêté dans un point du trajet inguinal et subissant, pour une cause quelconque, une augmentation de volume. Cet étranglement du testicule s'accompagne parfois de phénomènes de péritonisme qui simulent absolument l'étran-

glement herniaire, sans qu'il y ait, d'ailleurs, la moindre trace de hernie.

L'ectopie inguinale du testicule s'accompagne très fréquemment de hernie, ce qui est une complication sérieuse, en raison des difficultés de contention de la hernie et de la gravité des accidents, lorsque celle-ci devient le siège d'un étranglement.

Le testicule ectopié paraît plus exposé que le testicule en position normale aux maladies diverses de l'organe, ce qui résulterait des froissement répétés, des contusions, de la compression qu'il subit forcément.

Du moins, pour les néoplasmes malins l'ectopie du testicule semble être une condition prédisposante. Monod et Terrillon ont pu en rassembler 42 observations, se rapportant pour la plupart à des sujets âgés de trente à quarante ans.

Les maladies de l'organe en ectopie acquièrent une gravité particulière à cause de la situation anormale du testicule et aux rapports qu'il affecte. C'est ainsi que l'orchite blennorragique, frappant un testicule ectopié, peut devenir particulièrement grave, si, comme cela est si fréquent, le canal vagino-péritonéal est resté perméable; dans ces conditions, en effet, on a observé des cas de péritonite localisée ou même de péritonite généralisée, presque toujours alors suivie de mort.

Les autres formes d'orchi-épididymites peuvent également atteindre le testicule ectopié et, pour les raisons qui viennent d'être indiquées, se montrer plus ou moins sérieuses.

Relativement aux tumeurs qui peuvent se développer dans le testicule ectopié, outre qu'elles sont parfois d'un diagnostic assez difficile, leur pronostic peut aussi acquérir plus de gravité en raison du voisinage immédiat ou même de la continuité directe de la vaginale avec le péritoine, condition qui est suffisante pour rendre parfois très grave une intervention opératoire habituellement bénigne.

En présence d'une ectopie du testicule chez un enfant, dans quelle mesure est-on autorisé à espérer que la glande pourra spontanément achever sa migration complète? C'est une question qui sera très souvent posée par les parents.

A ce point de vue, se garder de confondre la *descente tardive* du testicule avec l'ectopie proprement dite. Il est très fréquent, en effet, de trouver chez les nouveau-nés le testicule dans le canal inguinal et de le voir achever sa descente jusqu'au fond des bourses dans les mois suivants, ou même dans le cours de la première année. Mais, au delà de ce terme, cette migration tardive est beaucoup plus rare, bien qu'elle soit possible; et c'est alors que l'anomalie mérite véritablement le nom d'ectopie testiculaire.

A partir de la puberté, on devra, d'une façon générale, renoncer à tout espoir de descente tardive du testicule, quoiqu'on l'ait observée dans des cas exceptionnels, à vingt-cinq ans et même plus tard.

Le traitement de l'affection s'est modifié complètement dans ces derniers temps : autrefois, la coïncidence d'une hernie avec l'ectopie du testicule constituait l'un des problèmes les plus difficiles de la thérapeutique, tandis qu'aujourd'hui, grâce et à la perfection et à la bénignité de l'opération de la cure radicale des hernies, les indications du traitement, dans les cas dont il est question, se trouvent considérablement simplifiées.

Le sujet atteint d'ectopie et de hernie concomitante étant un infirme et se trouvant exposé par le fait de son infirmité aux accidents les plus graves, souvent même mortels, on ne doit pas hésiter à intervenir par une opération qui consistera d'abord dans la cure radicale de la hernie. Relativement au testicule, on se comportait naguère encore différemment suivant les cas. Si, après avoir libéré le cordon, on pouvait abaisser suffisamment le testicule et le maintenir sans traction au fond du scrotum, on le fixait dans cette position, c'est-à-dire que l'on pratiquait l'*orchidopexie*, dont nous parlerons tout à l'heure. Si, au contraire, le testicule ne pouvait être abaissé, on le sacrifiait avec d'autant moins de regrets, s'il s'agit d'un sujet ayant dépassé l'âge de la puberté que, dans les cas d'ectopie ancienne, la spermatogénèse n'existe plus. Aujourd'hui, on ne fait plus la castration; opératoirement, la conservation est toujours possible, « on pourrait objecter, dit Broca, qu'il est inutile de perdre du temps à conserver le testicule quand on le trouve atrophié, en sorte que son développement ultérieur est définitivement compromis. L'examen des opérés à longue échéance permet de conclure contre cette opinion : j'ai vu des testicules d'apparence très médiocre devenir bons par la suite et, par contre, j'en ai vu s'atrophier peu à peu qu'au premier jour j'avais jugés bons. »

Dans le traitement de l'ectopie simple, non compliquée de hernie, le chirurgien devra tenir compte avant tout de l'âge du sujet.

Nous avons dit que, d'après les recherches les plus modernes, le testicule en ectopie conserve d'abord sa structure normale, et que c'est seulement après un certain temps et par la persistauce de l'anomalie que la glande subît une transformation fibreuse ou graisseuse et perd ses fonctions spermatogénétiques. D'après cela, on comprend l'importance qu'il y a à obtenir, par tous les moyens, la descente du testicule et sa fixation dans sa place normale; et cette indication devient encore plus urgente s'il s'agit d'un ectopie inguinable bilatérale, puisque le sujet serait frappé de stérilité.

Il faut donc sans trop tarder recourir à une opération sanglante, l'*orchidopexie*, consistant à mettre à nu le testicule et le cordon, à les isoler par dissection en détruisant les adhérences qui fixent souvent le cordon en un point du canal inguinal, et constituent la cause principale de l'ectopie; puis, le testicule amené aussi bas que possible dans le scrotum, où une loge lui a été préparée par écartement et déchirure du tissu cellulaire, on le maintient dans cette situation par quelques points de suture.

L'orchidopexie ne donne pas toujours des résultats brillants, en ce sens que l'organe a une tendance à remonter après l'opération, parce que l'on manque de point d'appui suffisant pour le fixer au fond du scrotum, mais ces résultats sont néanmoins très satisfaisants, à moins de briévité anormale du cordon, si l'on a eu soin de libérer celui ci dans tout son parcours.

Broca a revu à longue échéance 79 de ses opérés; parmi eux, il compte 31 résultats *parfaits*, dans lesquels il est impossible de dire si la hernie opérée s'accompagnait ou nom d'ectopie.

Par contre, 13 fois le testicule s'est atrophié secondairement, au point même de ne plus pouvoir être senti à la palpation. Ces sujets ont d'ailleurs encore le bénéfice de ne plus souffrir et de ne pas porter de bandage.

Les 35 autres testicules restent tous hors de l'anneau mais plus ou moins haut dans le scrotum, ou contre le pubis. Cette ectopie extra-inguinale, de degré variable, ne s'accompagne plus ni de douleur, ni de hernie.

Après la puberté, alors que la glande a perdu définitivement, dit-on, sa structure normale, l'orchidopexie n'est plus aussi nettement indiquée qu'avant cet âge; elle sera pratiquée néanmoins, en vue de satisfaire le moral des malades, si elle n'est pas nettement réclamée par l'une ou l'autre complication. L. D.

—

TRAITEMENT DES PLAIES CONTUSES DE LA MAIN ET DES DOIGTS.

Il ne sera pas inutile de revenir, avec le *Bulletin médical*, sur le traitement de ces lésions, si fréquentes dans les centres industriels.

La première question à résoudre est celle de la conservation. *En principe, la conservation s'impose* et c'est vers elle que devront tendre tous les efforts du chirurgien.

Il y a cependant une réserve à faire; il ne faut pas exiger la conservation en système quand il s'agit des doigts et que la restitution intégrale est impossible à cause de l'étendue et de la gravité du traumatisme, il se pourrait en effet que les parties lésées et conservées seront plus tard une gêne pour la fonction de la main.

Il est vrai qu'en pareil cas, il n'est pas toujours aisé de porter un jugement d'emblée et qu'on pourra d'abord essayer de conserver les parties, quitte à les enlever plus tard, si le blessé les trouve gênantes.

La conservation n'a pas, d'ailleurs, la même importance pour tous les doigts de la main; de rigueur pour les doigts « chefs de fille » (pouce et petit doigt), elle est conditionnelle pour les autres.

Aujourd'hui la méthode antiseptique a singulièrement élargi le champ de la conservation et on peut dire que, dans la plupart des cas, un traitement bien conduit évite les complications (atrophies, ankyloses angulaires ou rectilignes) si gênantes plus tard.

Le premier soin du chirurgien, quand on lui amène un blessé de ce genre, est de faire une *toilette minutieuse de la main et des doigts.*

Ce n'est pas toujours chose si facile sur des mains couvertes d'épaisses stratifications de poussière, de charbon chez les ouvriers des mines, par exemple, ou de graisse, de cambouis, d'huile chez les mécaniciens.

Les poussières de charbon et autres, sans mélange de corps gras, s'enlèvent assez aisément par un simple savonnage plus ou moins prolongé.

Si la main est enduite de corps gras, il sera nécessaire d'employer d'abord l'essence de térébenthine dont on imbibera un morceau de flanelle et avec lequel on frottera doucement toutes les parties maculées; ce premier nettoyage devra être suivi d'un second à l'éther. Enfin, un bain sublimé chaud au 1/2000e, plus ou moins prolongé, complétera cette toilette.

Ces précautions préliminaires étant prises, le chirurgien doit examiner avec soin les parties lésées et former son jugement sur la possibilité de la conservation et sur les sacrifices à faire.

Dans les grands traumatismes, dans les broiements, écrasements, arrachements, à moins qu'il n'y ait de très grosses lésions osseuses, il ne sera pas toujours bien facile de se prononcer sur les amputations à opérer ainsi primitivement.

Il convient de ne pas trop se hâter ; en effet, des parties presque en bouillie ont été sauvées, souvent contre tout espoir.

Le nettoyage de la peau et la désinfection des parties lésées étant faits comme il convient d'être dit, les plaies seront débarrassées avec soin des caillots et des corps étrangers, leurs bords seront régularisés et rapprochés sans sutures, la plupart du temps inutiles.

Ceci fait, on enfermera toute la main dans un *pansement sec*, chaque doigt étant revêtu séparément de plusieurs couches de gaze antiseptique et immobilisé, si besoin est, au moyen de bandes ou de petites attelles; on enveloppera le tout d'une épaisse couche de ouate

hydrophile ; on pourra utilement se servir, pour compléter cet embaumement, des sachets de Lucas-Championnière renfermant la poudre dont ce chirurgien a donné la formule :

Poudre d'iodoforme.	
— de quinquina gris.	
— de benjoin.	ââ 100 gr.
— de carbonate de magnésie.	
Essence d'eucalyptus.	12 gr. 50.

Dans tous les cas, c'est l'iodoforme, la gaze iodoformée et les coussins absorbants de holzwolle qui fourniront les principaux éléments du pansement.

En principe, *le premier pansement sera maintenu cinq à six jours*, à moins de fièvre ou à moins que le blessé vienne à se plaindre, auquel cas on retirerait immédiatement le pansement. Pour ce faire on enlève avec beaucoup de précaution, les unes après les autres, les bandes de gaze, le blessé ayant la main plongée dans un bain de sublimé. Si tout va bien, on refait le même pansement ; s'il y a de la suppuration, des clapiers, on débarrasse les parties du pus, de la sanie et on bourre les anfractuosités avec de la gaze iodoformée.

Ainsi pansées, des plaies même, très étendues, guérissent en un temps parfois très court.

A plus forte raison, quand il s'agit de petites plaies contuses, de froissements, d'érafflures, auxquels sont journellement soumises les mains des travailleurs.

On ne devra avoir recours au pansement humide dans les plaies récentes que si elles sont déjà le siège d'une réaction inflammatoire. De même on le substituera plus tard au pansement sec s'il survient quelque complication inflammatoire. L. D.

—

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA.

Le *nitrate d'argent* a été recommandé depuis longtemps contre l'eczéma, mais en dépit de l'action remarquable qu'il exerce sur cette affection, il est demeuré d'un usage très restreint ; on ne s'en servait guère que dans les eczémas rebelles, lichénisés et localisés.

Le dr Leredde, qui y a eu recours d'une façon systématique, conseille d'en généraliser l'emploi.

Ce mode de traitement convient, d'après lui, aux eczémas étendus, subaigus et même aux formes aiguës ; seulement, il fait observer que le traitement *actif* d'un eczéma aigu ne doit pas être entrepris tant que les lésions n'ont pas atteint leur maximum, c'est-à-dire tant que

la période de suintement n'est pas établie (s'il s'agit d'un eczéma qui tend à suinter), et surtout *tant que l'œdème cutané est en voie d'accroissement*. Jusqu'à cette phase, on doit se contenter de poudrer la peau, et, s'il se forme des croûtes, de les faire tomber par des pulvérisations ou des pansements à l'eau bouillie Une autre recommandation expresse : toute irritation de la peau, en dehors des régions eczématisées, doit être proscrite : les vêtements, la flanelle, sont séparés de la peau par de la toile fine; on rappellera au malade qu'il ne doit se savonner *ni les mains, ni le cou, ni la figure*.

Il faut donc retenir que *pendant la période aiguë*, la médication la plus simple est la meilleure, il importe surtout, comme le dit le prof. Gaucher, de savoir ce qu'il ne faut pas faire et ce qu'il ne faut pas faire, c'est un traitement énergique. Bien plus, on doit éviter tout ce qui est susceptible d'être une cause d'irritation et craindre les poudres, les pommades les plus anodines et les plus inertes. Jadis, on recommandait l'emploi de cataplasmes d'amidon : la pratique était bonne, mais il en est une meilleure. Aujourd'hui, aussi bien dans les eczémas artificiels que dans les poussées de l'eczéma chronique, on ne traite l'éruption que par l'asepsie. Envelopper la peau, en permanence, par des compresses d'eau bouillie ou d'eau boriquée si elle est supportée. L'eau boriquée est utile parce qu'elle a été bouillie; l'eau de camomille, l'eau de guimauve sont mauvaises parce qu'elles fermentent. Pour faire les compresses, on se sert de tarlatane dont on enlève l'apprêt en les faisant bouillir; puis les compresses étant appliquées sur la région malade, on les recouvre d'une enveloppe imperméable, non de taffetas gommé qui est dur, mais de gutta-percha laminée.

Exceptionnellement, continue le prof. Gaucher, pour modérer le suintement et momentanément dans l'intervalle des enveloppements humides, on emploiera des poudres inertes. On se sert d'un mélange de poudres minérales et de poudres végétales, celles-ci moins irritantes, celles-là moins adhérentes et non susceptibles de fermenter. Le mélange peut être fait d'une moitié de poudre d'amidon et d'une autre moitié contenant de l'oxyde de zinc, du sous-nitrate de bismuth, un peu de poudre de camphre, dans la proportion de 1 pour 50 ou 1 pour 100, pour calmer le prurit.

Quand l'eczéma a atteint son acmé, le dr Leredde emploie une toile fine de caoutchouc, mais en ayant soin d'en limiter l'application strictement aux régions eczématisées, pour ne pas provoquer une extension du mal.

Le prof. Gaucher ne trouve pas le caoutchouc supérieur aux pulvérisations et à l'enveloppement humide. Il a des inconvénients sérieux. Sous

lui, l'épiderme se ramollit, macère, s'excorie; de la suppuration peut se produire et, dans tous les cas, la fermentation des sécrétions donne lieu à une odeur infecte. Son emploi exige de minutieux soins de propreté Il n'est vraiment avantageux à appliquer que chez les enfants, dans les cas d'eczéma de la tête, dans les poussées aiguës. Partout ailleurs, les compresses humides sont préférables.

Quand il n'y a plus de congestion, que l'asepsie de la peau est parfaite, l'auteur trouve que le kératinisateur parfait est l'*acide picrique* en solution saturée, mais il recommande de l'employer convenablement et c'est mal opérer que de tremper des compresses dans la solution picrique et les appliquer sur la peau : on obtient ainsi de mauvais résultats. Avec un pinceau de ouate, la surface malade étant bien détergée, après une pulvérisation à l'eau boriquée, faire un badigeonnage, recouvrir avec de l'ouate sèche et, quarante huit heures après, on sera très étonné de voir que l'épiderme est reformé.

Quant au dr Leredde, voici comment il procède :

Sous le caoutchouc l'eczéma suinte abondamment. Au bout de vingt-quatre heures déjà, on peut retirer le caoutchouc, et on badigeonne avec du nitrate d'argent en solution aqueuse à 1 pour 40. On laisse sécher et on applique de nouveau le caoutchouc. Au bout de vingt-quatre heures, badigeonnage à 1 pour 30. Tous les jours on fait ainsi des badigeonnages, en élevant peu à peu jusqu'à 1 pour 15, les doses de nitrate dans la solution, si l'amélioration est rapide, ce qui est fréquent.

Il est exceptionnel d'observer des réactions inflammatoires de quelque intensité; s'il s'en produisait, on laisserait l'eczéma 48 heures sous le caoutchouc, enlevé et nettoyé bien entendu quatre fois par jour, puis on reprendrait le nitrate d'argent.

Lorsque la période aiguë est terminée, que l'œdème de voisinage est en voie de diminution franche, le dr Leredde n'hésite pas à recourir à de véritables cautérisations.

Mais, pour pouvoir commencer ce traitement, il faut que la peau soit exempte de suppuration. S'il existe des pustules dues à un impétigo, à un ecthyma, à des furoncles associés, si l'on trouve à la surface des croûtes un peu épaisses, molles, et qui ne sont pas dues à l'eczématisation seule, on ne peut commencer de suite les cautérisations. Au préalable, on appliquera des pansements humides, soit à l'eau bouillie, soit, ce qui vaut encore mieux, à l'eau chargée de borate ou de bicarbonate de soude à la dose de 5 p. c. Ces pansements sont renouvelés matin et soir.

En deux ou trois jours, au plus, l'asepsie est suffisante. Et, du reste, si quelques lésions suppuratives persistent, en particulier des

furoncles, on cautérisera les surfaces eczématiques en respectant les lésions.

La cautérisation est faite au moyen d'une solution de nitrate d'argent dans l'eau à saturation. On badigeonne les surfaces malades avec un pinceau ou une baguette armée d'un tampon de coton hydrophile, puis on passe sur la surface humide un crayon de zinc métallique pur. On détermine ainsi un précipité d'argent, qui se dépose en noir sur la peau; très rapidement la surface se dessèche, elle reste noire pendant trois ou quatre jours.

Une seconde cautérisation peut être pratiquée au bout de trois jours, une troisième le sixième jour. Jamais, dans les très nombreux eczémas des mains qu'il a traités jusqu'ici, l'auteur n'a observé de réaction inflammatoire.

Dans l'intervalle des cautérisations, il convient d'appliquer une pommade. Les plus épaisses sont les meilleures; par exemple la suivante :

	Vaseline	10 grammes.
	Oxyde de zinc	5 —
	Talc	5 —
ou :		
	Vaseline	10 grammes.
	Dermatol	6 —

L'amélioration est toujours des plus rapides : en quelques jours l'œdème diminue, le suintement cesse, les squames ne se forment plus. Ce succès ne s'obtient qu'à une condition expresse, sur laquelle on ne saurait trop insister : le malade doit renoncer à tout savonnage des mains. L'eau doit être proscrite sous toutes ses formes; la peau doit être nettoyée soit à la pâte d'amandes, soit à la mie de pain; on peut la nettoyer à la vaseline non boriquée, *l'acide borique étant d'une manière générale un corps irritant de la peau eczématisée.*.

A un moment donné, l'épiderme est revenu à l'état normal; il recouvre régulièrement le derme; tout fendillement, toute crevasse de la couche cornée ont disparu; mais la peau reste épaissie, le derme est rouge et encore infiltré. A ce moment, le nitrate d'argent n'a plus aucun avantage. L'eczéma peut guérir de lui-même, mais si l'on veut hâter la guérison, il convient d'avoir recours à d'autres procédés.

On emploiera alors soit une pommade salicylée, soit, ce qui vaut encore mieux, le glycérolé cadique, qui offre l'unique inconvénient de son odeur.

Cette méthode de traitement externe par le nitrate d'argent est applicable à tous les eczémas chroniques, et surtout à ceux des plis rétro-auriculaire, sous-mammaire, périnéo-génital, plis de flexion

des membres. Dans les eczémas séborrhéiques, elle n'est indiquée qu'au niveau des régions où il y a du suintement; les régions où l'eczéma est sec ne sont pas modifiées d'une manière utile. Le soufre et l'huile de cade trouvent alors des indications formelles.

Il existe un grand nombre de lésions cutanées que l'on rattache d'une manière banale à l'eczéma, et qui sont des lésions de lichen simplex eczématisées sur presque toute leur étendue. On les reconnaît à leur limitation, à l'épaississement considérable et à la dureté qu'elles offrent lorsqu'on les prend entre les doigts, au prurit intense, à la présence fréquente d'une zone de pigmentation qui déborde les lésions eczématisées et même de quelques papules. Ces lésions peuvent être améliorées par le caoutchouc et le nitrate d argent; on fait assez bien disparaître les lésions eczématiques superficielles, mais la tuméfaction profonde ne peut être modifiée de cette manière; il faut alors avoir recours aux emplâtres, surtout à l'emplâtre rouge de Vidal, ou même aux scarifications.

Dans l'eczéma chronique, et en général quand les croûtes sont tombées, qu'il persiste seulement de l'induration et de la sclérose de la peau, il n'y a pas de meilleur modificateur que l'*huile de cade*; ce topique est bien abandonné cependant; sans doute, l'huile de cade a des inconvénients, elle sent mauvais, elle tache le linge; avec elle, le traitement ne peut rester caché; mais elle est à peu près le seul médicament curatif de l'eczéma chronique. On la prescrira sous forme de glycérolé ou incorporée à l'axonge, à la vaseline; les proportions sont celles du dixième, du quart, du tiers, de la moitié, suivant la délicatesse de la peau. Dans l'eczéma chronique très induré, on peut même l'employer seule, mais prudemment, en badigeonnage et obtenir d'heureux résultats. L. D.

—

ORTHOFORME DANS LES GERCURES DU MAMELON.

La gerçure du mamelon est un accident fâcheux; elle s'étend vite en crevasse; elle s'infecte facilement et devient alors le point de départ de lymphangites, de phlegmons, d'inflammation des canaux galactophores ou d'abcès glandulaires; enfin elle est extrêmement douloureuse Les femmes s'en plaignent plus que de l'accouchement lui-même et les douleurs sont si cruelles qu'il faut parfois supprimer l'allaitement.

Ces érosions, que la bouche de l'enfant entretient, infecte ou approfondit, sont difficiles à guérir, et on a conseillé contre elles les moyens les plus variés. Après les avoir presque tous essayés nous en étions venus à n'avoir plus de confiance que dans le repos de l'organe et le

crayon de nitrate d'argent auquel, dans ces derniers temps, nous avions substitué le protargol.

Aujourd'hui nous n'employons plus que l'orthoforme, un anesthésiant qui n'est pas un toxique, comme la cocaïne — et dont l'action curative est merveilleuse.

M. le dr Teisseire a entrepris, dans le service de M. Maygrier, des recherches sur le nouveau médicament et les a consignés dans sa thèse. Il a obtenu la guérison en moyenne au bout de 4 à 5 jours. Nous en avons vu de plus rapides encore, notamment chez une jeune mère — que la souffrance avait jeté dans un état d'irritation nerveuse tel qu'il allait falloir interdire l'allaitement — nous avons constaté après la première application du médicament la disparition complète de la douleur et 24 heures plus tard la cicatrisation définitive des gerçures.

Voici la technique à employer. On insuffle la poudre d'orthoforme sur toute l'étendue de la plaie, ou mieux encore, on étale une petite couche de poudre au milieu d'une compresse stérilisée qu'on applique sur le mamelon. Par dessus on met un peu de coton hydrophile, un morceau de taffetas gommé et un bandage de corps. Avant chaque tétée le mamelon est lavé avec de l'eau boriquée, puis essuyé. Après la succion le pansement est remis en place.

Le soulagement est presque immédiat, et l'anesthésie peut persister pendant 24 heures. Un pansement par jour suffit pour les gerçures; pour les crevasses il est préférable de le renouveler au bout d'une douzaine d'heures.

L'orthoforme étant inodore ne répugne pas à la mère comme l'iodoforme; étant de plus insipide et inoffensif il n'est pas à craindre qu'il nuise à l'enfant ou qu'il le dégoûte du sein.

Le nouveau médicament coûte encore assez cher. C'est son seul inconvénient, mais comme il en faut de très petites quantités l'inconvénient n'est pas grave.

Il n'insensibilise que les parties à vif, par contact avec les extrémités terminales des nerfs.

La sûreté et l'inocuité de son action le feront sans doute utiliser bientôt dans toutes les fissures ou ulcérations douloureuses et M. Ducray en a déjà obtenu d'excellents résultats dans la tuberculose laryngée. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 25 février 1899.

M. Masoin donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Gille. — Ce discours sera inséré au *Bulletin*.

1. Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire manuscrit soumis à l'Académie par M. le dr Swaen, professeur à l'Université de Liége, portant pour titre : *Nouvelles recherches sur le développement du grand épiploon et des mésocôlons chez les embryons humains*. — M. Van Bambeke, Rapporteur.

Le travail soumis au jugement de l'Académie par M. le professeur Swaen ne se prête pas à une analyse ni à un résumé. Il s'agit, en effet, dit le Rapporteur, d'une description où tout se tient et s'enchaîne; de plus, pour pouvoir suivre cette description il est de toute nécessité d'avoir sous les yeux les figures jointes au texte. Il faut donc se borner à dire que le mémoire de M. Swaen est digne, à tous égards, des mémoires similaires antérieurement publiés par l'auteur.

Comme ces derniers, il complète ou rectifie, sous plusieurs rapports, les résultats obtenus par d'autres anatomistes. Aussi apporte-t-il une contribution très importante à la connaissance des divers organes dont il est question dans ce travail.

La Commission propose : D'adresser des remerciements à l'auteur ; d'imprimer son travail dans le *Bulletin*; et d'inscrire son nom sur la liste des aspirants au titre de Correspondant. — Adopté.

2. Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire manuscrit soumis à l'Académie par MM. les drs D. De Buck et L. De Moor, à Gand, intitulé : *Lésion des cellules nerveuses dans le tétanos expérimental du cobaye*. — M. Vanlair, Rapporteur.

On est plus ou moins d'accord aujourd'hui sur la morphologie des lésions cellulaires centrales provoquées par le virus tétanique. Mais il existe des divergences très remarquées entre les opinions des auteurs en ce qui concerne la spécificité et le rôle pathogénique de ces altérations.

Alors que les uns prétendent qu'elles n'offrent rien de pathognomonique, d'autres leur attribuent des caractères tout à fait individuels. Et tandis que certains observateurs font dépendre la contracture d'une désorganisation des cellules médullaires, il en est d'autres qui n'admettent point cette intervention et nient en conséquence toute relation topographique entre le siège de cette dégénérescence et la localisation des spasmes.

Il ressort des recherches de MM. De Buck et De Moor, poursuivies sur des cobayes inoculés avec le pus de la plaie d'un tétanique, que la lésion consiste d'abord en une sorte de dissolution des granules chromatiques dans le cytoplasme, auquel le bleu de toluidine communique une coloration très intense. Puis, dans le corps de la cellule médullaire et plus particulièrement à sa périphérie se dessinent des fissures linéaires et des vacuoles dont le diamètre va croissant et

qui finissent par se rompre dans l'espace péricellulaire. Le noyau et le nucléole subissent une altération analogue : de sorte que le processus aboutit définitivement à la destruction de la cellule.

A côté des éléments homogènes, finement granuleux dont il vient d'être question, se rencontrent d'autres cellules où s'accuse au contraire très nettement la réticulation protoplasmique.

Pour le surplus, la lésion s'observe dans toute la hauteur de la moelle et des deux côtés, mais en diminuant de bas en haut.

La moelle allongée et le cerveau sont affectés de la même façon, mais à un degré beaucoup moindre.

Comme d'une part les modifications histologiques rencontrées dans la névrose des tétaniques ont été décrites dans diverses autres infections et même dans certains empoisonnements minéraux, on est en droit de leur dénier toute spécificité. Et comme aussi, d'autre part, leur localisation ne correspond pas à celle des spasmes, il y lieu d'admettre que ceux-ci dépendent, non de la lésion médullaire, mais d'une intoxication de la partie périphérique du neurone.

C'est donc dans un sens négatif que les auteurs ont cru devoir trancher les questions en litige.

La Commission propose de leur adresser des remerciements; et d'insérer leur travail dans le *Bulletin* de l'Académie. — Adopté.

3. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du travail manuscrit de M. le dr S.-C. Zavitziano, à Péra, intitulé : *Les enfants trouvés de Notre-Dame de Péra.* — M. Casse, Rapporteur.

Le travail de M. Zavitziano, dit le rapporteur, est une espèce de compte moral de l'œuvre des enfants trouvés de la communauté grecque de Notre-Dame de Péra, dont un exposé a été présenté une première fois à l'Académie de médecine de Paris.

L'auteur croit nécessaire d'en soumettre à nouveau le complément à cette société savante, qui le renseigne d'ailleurs dans son *Bulletin* de la séance du 17 janvier 1899, page 70.

Le mémoire qui a été soumis à l'examen de M. Barella et au mien, ne peut donc être, dit M. Casse, qu'un duplicata adressé par erreur à l'Académie de médecine de Belgique. Votre Commission estime que, tout en applaudissant aux efforts généreux de l'auteur en faveur de l'enfance malheureuse elle ne peut que vous proposer de déposer honorablement son mémoire aux archives et de lui adresser des remerciements.

— Ces conclusions sont adoptées.

Comparaison entre le céphalotribe à trois branches et les cranioclastes; M. Van Aubel, Correspondant.

M. Van Aubel présente un céphalotribe à trois branches.

Cet instrument est identique en principe à celui qu'il a décrit dans le *Bulletin* de l'Académie en 1864, avec cette différence qu'il l'a rendu plus léger, d'un emploi plus commode et qu'il peut le transformer immédiatement en un céphalotribe ordinaire avec courbure convenable.

Reprenant successivement les idées qui ont servi de point de départ à l'instrument, l'auteur fait observer que plusieurs savants ont depuis appliqué les principes sur lesquels son céphalotribe repose.

Auvard, en 1884, a emprunté celui de son occipital et Zweiffel a suivi dans cette voie.

Zweiffel, en 1897, a rendu plus longue la partie prenante du cranioclaste d'Auvard, sans donner la courbure pelvienne.

Fehling a préféré adopter celle-ci.

Tous les trois ont réuni cranioclaste et céphalotribe en un même instrument.

Le céphalotribe qui est actuellement présenté à l'Académie réalise tous ces principes, y compris celui de la réunion du cranioclaste et du céphalotribe en un même instrument. Il faut rappeler, en effet, que, comme le cranioclaste de Braun, il représente, en réalité, une très forte pince dont un des mors est introduit dans l'intérieur du crâne, tandis que l'autre s'applique à l'extérieur : les deux mors sont rapprochés fortement par une vis de pression dont les deux instruments sont munis.

Le nouvel instrument se compose de trois branches, une médiane mâle et deux latérales femelles.

Les deux branches latérales ne fonctionnent jamais ensemble avec celle du milieu : mais c'est toujours, tantôt la droite, tantôt la gauche, qui, s'articulant avec la branche mâle, sert à écraser la partie correspondante de la tête.

Les trois branches ont la même courbure pelvienne, 10 centimètres ; les deux branches latérales seules présentent une très légère courbure céphalique, mais portent à leur extrémité un crochet de Depaul pour fixer davantage la tête pendant le broiement.

La branche médiane, à la partie supérieure, est aplatie d'avant en arrière ; elle a un diamètre antéro-postérieur de 16 millimètres et un diamètre transversal de 14 millimètres. A son extrémité, elle diminue assez rapidement de volume et se termine par un petit crochet mousse dirigé en avant. Cette extrémité doit être introduite et fixée dans le trou occipital.

En vue d'avoir un instrument plus léger et de réaliser une préhension plus forte, la branche médiane, de même que les branches latérales, sont fenêtrées.

Les deux branches femelles, depuis l'articulation jusqu'à leur extrémité, ont une longueur de 23 centimètres ; la branche médiane mesure 24 centimètres et dépasse par conséquent chacune des deux autres de 1 centimètre. De l'autre côté de l'articulation, les manches ont une longueur de 16 centimètres.

L'instrument armé pèse 1,020 grammes, c'est-à-dire autant que le cranioclaste de Braun.

Une petite clef solide qui traverse les deux branches femelles près de leur encoche transforme immédiatement le céphalotribe à trois branches en céphalotribe ordinaire.

Le maniement de l'instrument est des plus simples.

M. Van Aubel signale dans son travail plusieurs inconvénients de l'embryotome céphalique combiné d'Auvard, des instruments de Zweifel et de Fehling et même du basiotribe de Tarnier.

Les considérations théoriques qu'il développe et les expériences qui ont été faites avec son céphalotribe lui permettent de conclure que cet instrument figurera utilement parmi les embryotomes aussi faciles que sûrs et qu'il est sans danger dans les mains de la généralité des praticiens.

— M. Hubert félicite M. Van Aubel des perfectionnements qu'il a apportés au céphalotribe.

Suite de la discussion concernant l'obligation de la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses.

M. Schrevens se demande à qui il faut imposer la déclaration des cas de maladies contagieuses; il hésite à l'imposer au médecin, malgré toute l'importance qu'il y attache au point de vue de l'intérêt public.

M. Dessart fait remarquer que, dans le domaine vétérinaire, l'obligation de déclarer les maladies contagieuses n'incombe pas seulement au propriétaire ou au détenteur de l'animal, mais en vertu d'un arrêté royal du 20 septembre 1883 cette obligation est imposée aussi au médecin vétérinaire; l'une de ces déclarations ne dispense pas de l'autre. Toutefois, dans la pratique, l'administration se contente d'une seule déclaration.

— La suite de la discussion est ajournée à la prochaine réunion.

—

Séance du 25 *mars* 1899.

M. le dr H. Van De Velde, assistant à l'Institut de bactériologie et de sérothérapie de l'Université de Louvain, se déclare l'auteur du mémoire envoyé au concours sur la fièvre vitulaire, auquel une récompense a été accordée. — Le Bureau, dans sa dernière réunion, a procédé à l'ouverture du pli cacheté qui était joint au mémoire, et a constaté que celui-ci est l'œuvre de M. Van De Velde.

On annonce la mort de M. le dr Maxime Durand-Fardel, Correspondant de l'Académie. Il était né à Paris, le 24 septembre 1815, et jouissait d'une grande notoriété par ses travaux sur les eaux minérales et l'hydrologie médicale. - Une lettre de condoléance sera adressée à la famille du regretté défunt.

Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le travail manuscrit de M. le dr E. Gallemaerts, agrégé à l'Université de Bruxelles, intitulé : *sur les ganglions ophtalmiques accessoires*. — Van Bambeke, Rapporteur.

Jusqu'à présent, les notions sur les ganglions ophtalmiques accessoires chez l'homme étaient loin d'être complètes, dit le Rapporteur. A quoi faut-il l'attribuer? — En grande partie, comme le remarque M. Gallemaerts, aux méthodes, telle la simple dissection, employées par les anatomistes qui se sont occupés de la question.

Dans le but d'arriver à de meilleurs résultats, l'auteur s'est servi d'un procédé dont les avantages sont incontestables, et qu'il a fait

connaître lors de sa communication sur l'aponévrose orbito-oculaire. Il consiste à sectionner en bloc tout l'orbite. Ce procédé permet de découvrir, sur le trajet des filets nerveux restés en place, la moindre cellule ganglionnaire.

M. Gallemaerts a pu constater ainsi « que les cellules nerveuses ganglionnaires ne se trouvent pas uniquement condensées dans le ganglion ciliaire, qu'elles se trouvent réparties le long des filets nerveux qui entrent dans ce ganglion ou qui en sortent, et qu'il existe, chez l'homme, des ganglions ophtalmiques accessoires ».

L'auteur s'est assuré aussi que la disposition chez l'enfant nouveau-né est semblable à celle de l'adulte.

Faisant une courte excursion sur le terrain de l'anatomie comparée, il montre que la manière d'être des ganglions accessoires chez l'homme est un rappel de ce qui existe chez plusieurs vertébrés.

Il termine en faisant remarquer que la répartition des cellules ganglionnaires permet également de comprendre diverses anomalies signalées par les anatomistes.

La Commission propose l'impression du travail de M. Gallemaerts dans le *Bulletin*; et des remerciements à l'auteur. – Adopté.

Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire soumis à l'Académie par M. le dr E. Hertoghe, à Anvers, intitulé : *De l'hypothyroïdie bénigne chronique ou myxœdème fruste.* — M. Verriest, Rapporteur.

La découverte des rapports du myxœdème avec la glande thyroïde constitue dans l'histoire de la médecine un fait d'une importance capitale. Elle a éveillé l'attention sur le rôle de certains organes à fonctions jusque-là énigmatiques. Ces organes sont multiples, mais l'étude des fonctions thyroïdiennes a pris le pas sur toutes les autres et le champ d'observation qui s'y rapporte s'étend davantage tous les jours. Le mémoire de M. Hertoghe est la continuation d'une série de travaux présentés à l'Académie et publiés par elle.

Entre le myxœdème franc et l'intégrité thyroïdienne complète, il existe des états d'insuffisance relative dont la symptomatologie est encore à établir. Des auteurs anglais et français et M. Hertoghe lui-même ont déjà signalé des variétés de ces troubles. Dans le travail actuel, l'auteur étend considérablement le champ de l'hypothyroïdie. La richesse de son inventaire symptomatologique est telle, qu'à première lecture, plus d'un médecin reculera de surprise et d'incrédulité. Nous pensons cependant, dit le Rapporteur, qu'en examinant attentivement les cas qui se présentent autour d'eux, la plupart des observateurs sentiront bientôt l'incrédulité faire place au doute et qu'ils deviendront, avant peu, des croyants convaincus.

Avant de décrire les formes frustes, indécises, l'auteur fait un exposé détaillé du myxœdème franc, tant chez l'enfant que chez l'adulte; il insiste spécialement sur les troubles des organes internes, cœur et vaisseaux, poumons, estomac, foie, intestins, reins, vessie, appareil génital, ainsi que sur les symptômes rhumatoïdes, douloureux des muscles et des articulations.

Après cet exposé préliminaire, il indique les voies à suivre pour

reconnaître et légitimer l'origine dysthyroïdienne des différents troubles :

1° Il érige en principe que le myxœdème est fatalement inhérité. Lorsque donc un malade présente des symptômes suspects de dysthyroïdie, il faut rechercher si chez les ascendants, les descendants ou les collatéraux, il existe des traces de myxœdème ou des troubles affiliés. Presque constamment on rencontrera dans la même famille, soit des formes franches de myxœdème, soit des formes frustes qui, isolées, n'auraient jamais peut-être été reconnues dans leur caractère étiologique.

2° Pour se familiariser avec les formes légères, rien n'est plus utile que de suivre avec attention le myxœdème franc soumis au traitement thyroïdien et qui, de jour en jour, se rapproche de l'intégrité thyroïdienne absolue. Inversement, lorsque les malades myxœdémateux abandonnent le traitement, la dyscrasie revient petit à petit et passe par la gamme complète du myxœdème fruste ;

3° Lorsqu'un trouble est suspecté être d'origine thyroïdienne, le traitement lui sert de pierre de touche infaillible.

La seconde partie du mémoire comprend l'exposé complet des symptômes de l'hypothyroïdie larvée, chronique.

La dernière partie est constituée par la relation de différents cas d'hypothyroïdie bénigne, chez des adultes et chez des enfants. De nombreuses photographies sont jointes au mémoire.

Les Rapporteurs proposent à l'Académie de publier le mémoire de M. le dr Hertoghe dans son *Bulletin* et de recommander le nom de l'auteur comme candidat au titre de Correspondant de la Compagnie.

— Ces conclusions sont adoptées.

Rapport de la Commission chargée d'examiner le travail manuscrit soumis à l'Académie par M. le dr N. Charbonnier, à Bruxelles, et portant pour titre : *Contribution à l'emploi du massage dans la thérapeutique.* — M. Debaisieux, Rapporteur.

D'après M. Charbonnier, c'est à tort que l'on tend à faire du massage une sorte de panacée applicable aux maladies les plus diverses. En réalité, il est inefficace dans toutes les affections d'origine diathésique. Les lésions traumatiques seules sont favorablement influencées par son emploi.

M. Charbonnier combat, comme étant irrationnel, le procédé des frictions centripèdes vulgairement usité. Son procédé, dont le hasard lui a démontré l'efficacité, consiste en mouvements de rotation exécutés sur place avec le bout des doigts.

La Commission propose à l'Académie :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° De déposer honorablement son mémoire aux archives de la Compagnie.

— Ces conclusions sont adoptées.

Suite de la discussion concernant l'*obligation de la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses.*

M. Hubert soutient que la loi de 1831, et les pouvoirs des bourg-

mestres, et le bon vouloir des médecins — les trois armes sur lesquelles on compte pour se défendre contre les fléaux épidémiques — sont surannées, inutiles et illusoires.

L'insuffisance de la défense étant démontrée, la nécessité de la renforcer l'est aussi.

La dénonciation obligatoire de certaines maladies contagieuses, inscrite déjà dans la législation de tous les peuples européens, devrait l'être aussi dans la nôtre. Elle l'est déjà pour le bétail. Les raisons invoquées contre cette mesure tutélaire ne résistent pas à l'examen. La dénonciation répugnerait à nos mœurs : elle y entrera aussitôt qu'on en aura compris la nécessité et vu les bienfaits; elle ne constitue pas une violation de secret professionnel, puisque les maladies à dénoncer ne sont pas un secret; elle ne saurait nuire aux praticiens, puisqu'ils n'auront pas à la faire eux-mêmes, les chefs de famille y étant obligés; elle ne portera pas de préjudice au détaillant dont elle aurait fait momentanément fermer la boutique, puisque, en bonne justice, le dommage subi dans l'intérêt du bien public donne droit à l'indemnité réparatrice.

— La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

VARIÉTÉS.

—

DE LA VALEUR NUTRITIVE DU SUCRE.

Les récentes expériences de Chauveau sur la valeur nutritive du glucose ont attiré l'attention sur cette question intéressante de physiologie.

Le dr L'Homme rappelle, dans le *Bulletin Médical*, les variations qu'a subies la chimie physiologique sur cette question; d'après la théorie de Liebig, il fallait distinguer deux sortes d'aliments : les aliments plastiques et les aliments respiratoires. Les aliments plastiques, représentés par les matières albuminoïdes ou azotées, comme la viande, servent non seulement à la réparation des élements anatomiques et des tissus usés par le fonctionnement, mais encore à la production de l'énergie, du travail musculaire. Ils ne produisent pas de chaleur; le rôle de la calorification est dévolu aux aliments respiratoires, c'est-à-dire aux substances ternaires ne contenant pas d'azote, tels les hydrocarbonés; cette théorie fut battue en brèche par Cl. Bernard et Chauveau qui demontrèrent que ce sont les substances ternaires (glycogène) et non les matières azotées qui alimentent le travail musculaire, l'énergie animale. Les albuminoïdes sont plastiques en ce sens qu'ils servent à la reconstitution des tissus épuisés de la machine humaine; mais les aliments respiratoires n'existent pas. La chaleur et le travail ont la même origine, ils dérivent des sub-

stances ternaires. Deux biologistes allemands, Fick et Vislicenus, avaient déjà montré qu'on pouvait accomplir un travail prolongé et pénible (ascension des Alpes) sans ingérer aucun aliment azoté, en ne prenant que des gâteaux de fécule, de beurre, de sucre.

Dans les expériences auxquelles il est fait allusion, Chauveau a étudié comparativement la valeur nutritive de la graisse et du sucre, et conclu que, dans la ration d'un sujet tenu au repos comme d'un sujet qui travaille, la valeur énergétique 0,756 en sucre agit généralement aussi bien, sinon mieux, que la valeur énergétique 1 en graisse. Il y a donc supériorité nutritive du sucre sur la graisse.

Cette supériorité, qui existe à l'état normal, est, d'après ses études expérimentales, susceptible de s'accentuer encore dans certaines conditions physiologiques comportant l'édification de tissus nouveaux ; telles la croissance ou la reconstitution des éléments anatomiques d'un organisme épuisé, par exemple à la suite de maladies, de travail prolongé, de surmenage. Dans ces divers états, en effet, le sucre exerce une influence sur l'assimilation et la désassimilation ; il favorise l'assimilation en nature des albuminoïdes, et modère le travail de désassimilation ; en un mot, le sucre est alors un antidéperditeur.

Des médecins militaires allemands se sont occupés également, à l'occasion des manœuvres, du rôle que pouvait jouer le sucre dans l'alimentation du soldat.

Le dr Leitenstorfer, en particulier, constata que le poids des hommes alimentés en sucre s'accrut dans une proportion plus forte que celui des hommes témoins. Les premiers se trouvaient en même temps plus vigoureux et opposaient une plus grande résistance à la fatigue. Dans les marches l'absorption de sucre réprimait la sensation de la faim et apaisait la soif. L'avantage qui fut particulièrement apprécié, c'est que le sucre rendait les hommes remarquablement indemnes des coups de chaleur.

En conséquence de ses expériences faites sur une grande échelle, le dr Leitenstorfer propose d'introduire le sucre dans l'alimentation de la troupe, d'abord comme allocation supplémentaire pour améliorer la ration quotidienne, ensuite comme partie intégrante des vivres de réserve du soldat et des approvisionnements des places fortes, hôpitaux, vaisseaux de guerre, enfin, comme allocation temporaire pour relever la vigueur des soldats épuisés par les marches. Il ajoute que, dans toutes les circonstances où l'on croit devoir distribuer des rations d'alcool ou de vin, l'emploi du sucre lui paraît tout à fait indiqué.

Si le sucre est réellement un aliment et un aliment de premier ordre, la question, comme le fait observer le dr l'Homme, vaut qu'on s'y arrête.

S'il est l'aliment essentiel de l'énergie musculaire, il faut en essayer la consommation chez tous ceux qui fatiguent physiquement, qui ont un effort à donner, chez les touristes, cyclistes, etc., et dans l'armée. Si le glycose est réellement, dans certains conditions physiologiques, un antidéperditeur, il faut l'employer pendant la croissance, les convalescences de maladies infectieuses, contre le surmenage ; il faut l'introduire dans le régime alimentaire des maisons d'éducation...

L'instinct de l'enfant vers les sucreries recevrait-il une consécration scientifique, et les bonbons seront-ils donnés en ordonnance !

Quoi qu'il en soit, à côté des plus délicats problèmes de physiologie, les expériences déjà faites soulèvent de très importantes questions d'intérêt général touchant à l'hygiène alimentaire et même à l'économie politique. Les pouvoirs publics, dit Chauveau, ont-ils raison de traiter le sucre comme un aliment de luxe imposable à merci ? Ne conviendrait-il pas, au contraire, de le mettre à la portée de toutes les bourses, et ne sent-on pas tout ce qu'il y a d'irrationnel dans les mesures fiscales qui, en frappant le produit, tendent à en restreindre la consommation ? L. D.

BIBLIOGRAPHIE.

LA DISSECTION ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE DE L'ORGANE AUDITIF DE L'HOMME,

par le prof. Politzer ; ouvrage traduit en français par le prof. Schiffers, de Liége (1).

Le prof. Politzer a mérité d'être considéré comme le représentant le plus autorisé de l'otologie, en grande partie grâce aux travaux de dissection de l'oreille normale et pathologique, qui ont occupé une grande partie de sa vie et ont répandu dans le monde entier, parmi les initiés, des préparations anatomiques constituant de véritables objets d'art.

Il a consigné ses procédés dans un ouvrage que notre éminent collègue de Liége vient de traduire avec une fidélité scrupuleuse et, malgré les difficultés du sujet, avec une clarté et une élégance remarquables ; c'est un livre indispensable pour quiconque voudra posséder l'anatomie normale ou pathologique de l'organe auditif. L. D.

HYGIÈNE ET THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE.

par le dr Cruet, dentiste des hôpitaux de Paris (2).

En parcourant cet excellent livre, on songe à regretter que la législature, dans notre pays et ailleurs, ne se soit pas encore décidée à réserver exclusivement aux médecins l'exercice de l'art dentaire.

Le dr Cruet y expose, avec art et avec la sûreté que donne une pratique étendue, les maladies de la bouche, qui sont nombreuses et variées, ce qui surprendra plus d'un de nos lecteurs, et, pour faire apprécier justement le mérite de l'auteur, nous ajouterons que les maladies de la bouche ont plus d'importance qu'on ne le soupçonne, à l'origine des affections du tube digestif et même des organes respiratoires ; l'hygiène et la pathologie de la bouche occupent une place remarquée dans l'hygiène et la pathologie générales. L. D.

(1) 1 vol. in-8° de 270 pages avec 164 figures. Desoer, éditeur, Liége.

(2) 1 vol. in-16 de 387 pages. Masson, éditeur, Paris.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Le mercure, ai-je dit précédemment, sera donné aussitôt que le diagnostic de la syphilis est certain ; ce sera au moment de l'apparition du chancre ou bien des premiers accidents secondaires.

A partir de ce moment, *comment faut-il poursuivre la médication ?* Tel sera le sujet de cet article.

§ I. Cures mercurielles espacées.

Je n'ai pas besoin de rappeler que la syphilis est une maladie constitutionnelle, une infection générale d'une très longue durée, permanente, bien qu'elle ne se manifeste que par intervalles, sous forme de poussées.

Faut-il continuer le traitement sans interruption du commencement jusqu'à la fin de la maladie ?

On s'est mis d'accord depuis quelque temps pour répondre à cette question : *le mercure ne doit pas être donné d'une façon continue, mais par intermittences*. Cette ligne de conduite s'impose pour deux raisons principales.

1° *Le mercure occasionne, au bout d'un certain temps, une véritable accoutumance de l'organisme*, dont la conséquence est un amoindrissement de son action thérapeutique.

Il s'agit ici de l'application d'une loi à peu près générale de la thérapeutique, dont Fournier lui-même est obligé de convenir :

« Il n'est pas rare, écrit-il, que dans le cours d'un traitement mercuriel institué de longue date et poursuivi sans interruption, de nouveaux accidents syphilitiques viennent à surgir. Qu'arrive-t-il alors si, en vue même de ces accidents, on insiste sur la médication, si l'on continue le traitement ? C'est que l'on n'obtient plus du mercure, dans de telles conditions, que des effets peu sensibles, lents, insuffisants. Il n'est même, en pareille occurrence, qu'un procédé pour restituer au remède son action première, c'est de le suspendre pour un certain temps, pour quelques semaines par exemple, puis au-delà, de

le prescrire à nouveau. Et alors, chose étonnante dont j'ai été témoin bien des fois, on voit le remède reprendre ses vertus habituelles, dont l'amoindrissement provisoire ne pouvait évidemment dériver que d'un fait d'accoutumance. »

Comme nous venons de l'entendre, l'usage prolongé du mercure présenterait le grave inconvénient de rendre son action thérapeutique illusoire, au moment où on aurait le plus besoin d'y recourir.

2° Du reste, *le mercure n'est pas toléré indéfiniment par l'organisme;* administré par la bouche, il ne tarde pas à provoquer de l'intolérance gastro intestinale (dyspepsie, gastralgie, coliques, diarrhée); administré de n'importe quelle façon, il porte atteinte à la longue à la nutrition, occasionne de l'anémie, du dépérissement, etc.

A continuer indéfiniment le mercure, on arriverait ainsi à ce résultat déplorable qu'il serait, vis-à-vis de la diathèse, donné à peu près en pure perte, en même temps qu'il exercerait une action de plus en plus pernicieuse sur l'organisme.

Voilà donc une question bien tranchée : le traitement, commencé lors de l'apparition du chancre ou de la roséole, sera bientôt interrompu.

Il se présente maintenant une seconde question : *au bout de combien de temps faut-il suspendre l'administration du mercure?*

Il convient évidemment de le continuer jusqu'à la disparition complète des symptômes contre lesquels il a été ordonné, et, même pour plus de sécurité, quelque temps encore après. Or, nous pouvons dire que les manifestations de la syphilis ne résistent guère plus d'un mois à une médication mercurielle suffisamment énergique.

D'autre part, il est d'observation que l'accoutumance au mercure ne peut être raisonnablement invoquée avant six semaines ou deux mois et que la tolérance de l'organisme se maintient facilement pendant le même laps de temps.

Pour ces raisons, *on a assigné, d'une façon toutefois un peu empirique, la durée d'un à deux mois à chacune des cures mercurielles.*

Pour reprendre la syphilis à son origine, on procéderait donc ainsi : si le mercure a été donné dès le chancre, le supprimer au bout d'un mois, si les phénomènes secondaires ne surviennent pas dans l'intervalle, puis le reprendre pour un ou deux mois, à l'apparition de ces

phénomènes ; dans le cas, au contraire, où ceux ci surviendraient peu de temps après le début du traitement, le continuer sans interruption pendant deux mois, pendant trois mois même, si on y est forcé par l'apparition successive de manifestations secondaires. C'est de cette façon que je procède.

Après ce premier traitement, *quand faut-il reprendre le mercure?* Quelle que soit la nature des manifestations, quel que soit l'âge de la maladie, que ce soit au bout de 5, 10, 15 ou 20 ans, *il faut reprendre le mercure toutes les fois qu'il survient une nouvelle poussée ;* il n'y a pas et il ne peut y avoir de discordance à cet égard, car, s'il est exact que la plupart des manifestations syphilitiques guérissent à la longue spontanément, le mercure non-seulement en hâte sensiblement la guérison, mais il en prévient l'extension en surface ou en profondeur, de façon à sauvegarder dans bien des cas l'intégrité de tissus ou d'organes importants, quelquefois même l'existence du malade.

Dans l'intervalle des poussées, que faut-il faire?

C'est ici qu'éclatent les divergences les plus profondes au sujet de la thérapeutique de la syphilis ; il y a deux doctrines en présence.

Pour emprunter le langage de Fournier « l'une ne veut, n'entend traiter la maladie qu'à propos et à l'occasion de ses manifestations ultérieures. Dans l'intervalle de ces manifestations, dans les entr'actes qui séparent les explosions morbides, elle s'en tient purement et simplement à une expectation vigilante.

» L'autre, au contraire, traite la maladie non pas seulement à l'occasion et au cours de ses poussées, mais encore indépendamment et en dehors de ses poussées, c'est-à-dire dans ses stades d'accalmie, et cela en vue de conjurer les manifestations à venir en combattant le principe même dont elles dérivent. »

La première méthode — celle qui ne traite, pouvons-nous dire, que les syphilides — a, comme il est facile de le deviner, pour partisans les cliniciens qui n'admettent pas l'action curative du mercure sur la syphilis. La seconde méthode — celle qui traite non pas seulement les syphilides, mais encore la syphilis — compte comme partisans ceux qui croient à l'action curative du mercure ; la première a été appelée la méthode opportuniste, la seconde la méthode réglementée.

Exposons les arguments que l'une et l'autre font valoir.

§ II. Méthode de suspension du traitement en dehors des poussées.

Diday, qui a défendu, avec la plupart des spécialistes allemands, la première méthode de traitement, s'est attaché à démontrer que le mercure, donné dans l'intervalle des poussées, ne peut guère avoir d'efficacité sur le principe de la maladie, sur son évolution ultérieure, que, dans tous les cas, il est inutile et nuisible.

Pour le premier point, il emprunte son argumentation à la bactériologie. Il trouve qu'on a moins de chances de tuer les bactéries de la syphilis en administrant l'agent parasiticide, le mercure, durant leur état de non-éclosion (caractérisé par l'absence de symptômes), que durant leur état d'éclosion, d'activité (caractérisé par l'apparition ou la réapparition des symptômes).

Pure supposition, que la science bactériologique, sur laquelle elle prétend s'appuyer, n'autorise pas à formuler, sans doute, mais qui faisait écrire à l'auteur : « Au moment des poussées, attaquez la syphilis à coups de massue; poursuivez énergiquement chaque nouvelle fermentation. Mais dans les intervalles des poussées, dans les accalmies normales de la maladie, sachez vous abstenir et épargnez à vos malades un traitement aussi inutile qu'intempestif. »

Quant à l'inutilité du traitement mercuriel systématique, elle résulterait de l'absence de toute action préventive, immédiate, ou éloignée, du mercure, sur les manifestations de la diathèse. J'ai déjà discuté cette question et j'y reviendrai.

Non-seulement le mercure, administré systématiquement, serait inutile, mais il serait nuisible, à cause de l'accoutumance, et Diday se livrait à cette argumentation habile :

« Ils abondent, les exemples de syphilitiques qui, soit au cours, soit immédiatement à la fin d'un traitement spécifique, sont atteints d'une poussée d'accidents, et d'accidents parfois plus graves que ceux pour lesquels le traitement avait été institué. »

Les récidives — personne ne l'ignore et personne ne le conteste, ni dans l'un ni dans l'autre camp — les récidives peuvent survenir pendant le cours même du traitement.

Or, si elles choisissent pour apparaître un des moments de répit, de suspension de médication, moments que les partisans de la mé-

thode réglementée ont prescrits et marqués d'avance, comme nécessaires pour désaccoutumer l'organisme de l'action du spécifique, que faire? Que faire surtout si la poussée éclate — « elle a parfois cette malice » — juste à la date où vient de se terminer un traitement mercuriel de deux ou trois mois?

Evidemment, on se trouvera dans des conditions désavantageuses pour lutter contre ces manifestations nouvelles, et la situation peut être sérieuse, si ces manifestations exigent un prompt secours, si c'est par exemple, une iritis, une hémiplégie, un ulcère palatin perforant.

« Le médecin ne se repentira-t il pas cruellement alors de s'être d'avance désarmé contre un assaut inattendu, mais pressant, afin de se conformer aux règles d'une stratégie fort bien combinée, mais dont l'ennemi se plaît si souvent à déjouer les calculs? »

Le tableau est assombri à dessein : il n'y a que dans les cas de syphilis réfractaire au mercure, comme il s'en rencontre parfois, que pareille situation a pu jamais se présenter, et dans ces cas, ce n'est pas la méthode de traitement qu'il faut accuser.

Kapozi, de son côté, trouve la mercurialisation systématique inutile, puisque la plupart des malades, après une cure unique de quelques mois, tout au plus après deux ou trois cures reparties pendant les deux premières années, restent indemnes pendant le reste de leur existence.

Il la trouve même nuisible pour deux raisons; d'abord, au point de vue de la santé générale, parce qu'il n'est pas indifférent à l'hématopoïèse et au système nerveux de saturer constamment l'économie de poisons, tels que le mercure et l'iode ; ensuite, au point de vue psychique, parce qu'un traitement indéfiniment poursuivi a pour résultat de tenir le sujet constamment en haleine, jamais sûr du lendemain et, au grand détriment de ses facultés mentales, passant tour à tour de la syphilophobie à l'hydrargyrophobie.

Il est incontestable que si le mercure ne possède pas d'action préventive, son emploi systématique a des inconvénients sérieux.

Le mercure, qu'on a rangé pendant si longtemps dans la classe des altérants, est loin d'être un remède anodin; abstraction faite des troubles digestifs et de la salivation qu'il peut occasionner, il est capable d'exercer une action nuisible sur les organes internes, notamment sur les reins.

La fréquence de l'albuminurie mercurielle a été, il est vrai, exagérée par Fürbringer, mais elle existe à coup sûr; sur un nombre de plusieurs centaines de syphilitiques en traitement, étudiés sous ce rapport à la clinique de Lewin, l'albuminurie a manqué dans 72 p. c. des cas; les 28 p. c. de malades albuminuriques comprenaient 1° des malades antérieurement atteints de néphrite, 2° d'autres chez lesquels l'albumine n'a été constatée qu'à l'état de traces; 3° un fort petit nombre pour lesquels l'albuminurie a été assez forte; dans un seul cas on a observé une néphrite intense.

Des expériences de contrôle faites sur d'autres malades vivant dans les mêmes conditions, mais non soumis au traitement mercuriel, ont permis d'éliminer l'hypothèse qu'il s'agirait là, bien souvent, d'une simple albuminurie physiologique. On peut de même affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une albuminurie syphilitique, car, débutant avec le traitement mercuriel, l'excrétion d'albumine cessait avec lui.

Avec ses idées, Diday avait donc raison de reprocher à la méthode réglementée de demander pour guérir une vérole, — et encore sans garantie — six fois plus de mercure qu'il n'en faut à la méthode opportuniste.

Sans vouloir exagérer, comme on l'a fait autrefois, les méfaits du mercure, je dirai qu' *il faut viser à obtenir dans le traitement de la syphilis le maximum d'effet thérapeutique avec le minimum de mercure possible.*

Or, et c'est le seul inconvénient sérieux que je lui trouve, l'administration régulière et systématique du mercure a pour conséquence de faire donner le remède à fortes doses et pendant longtemps à bien des sujets qui n'en ont nul besoin, qui guériraient aussi bien avec de moindres doses, ou même qui guériraient tout seuls; avec la méthode réglementée, tous les syphilitiques sont mis sur le même pied, et cependant, nous savons bien qu'il y a des syphilis bénignes et des syphilis malignes, des syphilis qui avortent spontanément, comme des syphilis rebelles ou réfractaires au traitement.

Mais est-il possible d'éviter cet inconvénient?

Pour cela, il faudrait que nous puissions prévoir dès le début quel sera le sort de tel ou tel cas de syphilis abandonné à lui même.

Chacune des manifestations de la vérole, le chancre compris, in-

dique-t-elle par son degré relatif d'intensité si le malade sera faiblement ou fortement touché, si par conséquent il faudra le soumettre à un traitement énergique ou non ?

Ce serait conforme à la logique, à la façon dont se comportent la généralité des maladies infectieuses ou diathésiques, et personnellement, je suis disposé à admettre, d'après ce que j'ai observé, qu'il y a une certaine proportion entre le volume et l'induration du chancre et des ganglions satellites d'une part et la fréquence des manifestations secondaires d'autre part, puis encore, entre l'intensité de celles-ci et la fréquence des accidents tertiaires.

Fournier nie cependant que pareille relation existe; il arrive même, après avoir exposé une statistique importante, à en déduire ces deux conclusions :

1° Que les manifestations tertiaires peuvent succéder à toutes les formes de syphilis secondaire, forme bénigne, forme moyenne, forme grave;

2° Mais que, pour l'énorme majorité des cas — neuf fois sur dix — elles succèdent à des syphilis secondaires de forme bénigne.

Ce sont là des résultats inattendus assurément, mais, à cause de la valeur que la longue et vaste expérience de Fournier donne à ses affirmations, nous devons hésiter à les considérer comme absurdes ou paradoxaux.

J'arrive ainsi à dire que, pour le moment, *nous sommes incapables de prévoir l'avenir d'une syphilis;* par conséquent, nous ne pouvons songer à graduer les doses de mercure selon la gravité des manifestations antérieures ou actuelles de la maladie.

Nous sommes ainsi forcés d'uniformiser, en grande partie du moins, le traitement, ce qui nous empêche de condamner à priori la méthode réglementée.

§ III. Méthode de traitement systématique dans l'intervalle des poussées.

Cette méthode se recommande directement, de l'avis de ses partisans, par deux avantages inestimables, le premier, celui de rendre les manifestations de la période secondaire rares et insignifiantes, le second, celui de rendre, dans la très grande majorité des cas, les manifestations de la période tertiaire ou complètement nulles ou inoffensives.

Il faut donc distinguer les effets immédiats ou à courte distance et les effets éloignés ou tardifs du traitement méthodique.

En ce qui concerne les effets immédiats, la preuve peut être fournie d'une façon assez rigoureuse, et j'estime, quant à moi, que cette preuve est faite.

Grâce à l'administration systématique du mercure, le sujet est tenu sous l'influence, pour ainsi dire constante, du remède pendant les deux premières années, et cette influence empêche l'éclosion de la plupart des accidents secondaires et diminue la gravité de ceux qui surviennent.

« Chez les malades traités par la méthode préventive, la période secondaire ne se compose généralement, ainsi que l'affirme Fournier, (réserves toujours faites pour quelques cas exceptionnels) que d'un petit nombre de manifestations absolument bénignes.

» Dix-neuf fois sur vingt, les malades en sont quittes pour quelques taches à la peau, quelques érosions à la bouche (parce qu'ils fument, quoi qu'on puisse faire), quelques adénopathies cervicales qui passeraient inaperçues si l'on ne prenait soin de les rechercher ; et c'est tout. Comparez cela, comparez ces syphilis secondaires avortées à ce que sont ou peuvent être les syphilis secondaires où l'on attend ce qui va venir, où l'on se borne à réprimer une première poussée en laissant à une seconde toute liberté de se produire ! »

« Pas plus qu'aucun syphiligraphe, écrit Besnier, nous ne croyons qu'un traitement fait dès le début du chancre infectant puisse assurer, absolument, contre les manifestations ultérieures de la syphilis, mais nous affirmons que la mercurialisation des tissus, quand elle est suffisante, les stérilise, et les rend momentanément impropres à la germination de l'élément virulent.

« L'imprégnation mercurielle, quelqu'imparfaite qu'elle soit, convenablement réglée a, ajoute-t-il, une action préservatrice indéniable contre le nombre et contre la gravité des manifestations ultérieures de la syphilis ; plus les années de pratique nous instruisent, plus nous en avons l'entière conviction. »

L'action préventive à courte distance du traitement mercuriel sur les manifestations de la syphilis paraît indéniable, et ce résultat suffirait à lui seul pour légitimer le traitement systématique de la maladie.

Mais ce n'est pas ce résultat, quelque précieux qu'il soit pour les malades, qui aurait de la valeur en l'espèce.

« Ce n'est, dit Fournier, ni le présent, ni un avenir prochain que je redoute pour un client affecté d'un chancre ou d'une syphilide; ce que je crains pour lui, c'est l'avenir éloigné, l'avenir de six, de dix, vingt, trente ans et plus.

» Le résultat que je cherche en donnant le mercure aujourd'hui pour un symptôme primitif ou secondaire, c'est de conjurer la possibilité lointaine d'une lésion tertiaire.

» La véritable, la grande cause de la vérole tertiaire, celle qu'on ne doit jamais perdre de vue, c'est l'absence ou l'insuffisance du traitement dans la première période de la diathèse. L'expectation appliquée à la vérole est véritablement désastreuse, en laissant la porte ouverte à la syphilis tertiaire. »

« Je ne donne pas, dit-il encore ailleurs, le mercure pour guérir ou préserver le syphilitique des accidents de la période secondaire, qui sont curables sans mercure et en général peu graves, mais en prévision de l'avenir. Réserves faites pour quelques cas exceptionnels, qui déjouent les efforts de la thérapeutique, on peut dire que les syphilis traitées (j'entends traitées avec méthode, énergie et persévérance) n'ont pas de période tertiaire. »

Fournier tire cette conviction d'observations nombreuses et poursuivies pendant des laps de temps considérables, 10, 15, 20 et 25 ans, mais il a évidemment une confiance exagérée dans le mercure, et personne, pour ainsi dire, ne partage son avis que presque toutes les syphilis qui tournent mal sont des syphilis insuffisamment traitées.

Pour ne pas rentrer dans la discussion que j'ai déjà soulevée, je me bornerai à répéter que l'*action préventive à longue échéance du traitement mercuriel sur les manifestations de la syphilis, en d'autres termes son action curative sur la diathèse, n'est pas rigoureusement démontrée.*

Mais, s'il n'est pas prouvé que le mercure, administré systématiquement dans tous les cas, soit indispensable aux syphilitiques, il est au moins certain que, distribué avec prudence et mesure, il n'est pas capable de leur nuire.

Cette raison doit nous suffire, à mon avis, pour nous rallier à la méthode de traitement, dite réglementée, de la syphilis, et j'ai toujours remarqué que les intéressés, qui peuvent être parfaitement ini-

tiés, ce qui arrive, par exemple, lorsque des médecins sont eux-mêmes en cause, j'ai toujours remarqué, dis-je, qu'ils n'hésitent pas longtemps à s'y rallier également.

Sans rien préjuger au point de vue doctrinal, j'arrive à conclure ainsi qu'*il convient de soumettre toutes les syphilis indistinctement, même en l'absence des poussées, à une mercurialisation systématique et prolongée.*

§ IV. Durée du traitement systématique de la syphilis.

Avant de formuler les règles de ce traitement, je ferai remarquer qu'elles ne sont pas invariables et absolues ; elles devront tenir compte, comme le demande Fournier lui-même, de l'intensité de la maladie, de ses formes, de sa résistance au traitement, de la fréquence et du caractère de ses poussées, de son évolution générale, etc.

Il s'agit seulement de formuler des règles applicables à la généralité des cas.

Et d'abord : *Quelle doit être la durée du traitement méthodique de la syphilis?*

On a passé à cet égard par bien des tâtonnements ; il n'y a pas bien longtemps, Ricord exigeait en tout six mois de traitement mercuriel, et trois mois de traitement ioduré ; Fournier, après s'être rallié à cette formule, demandait, en 1873, que le traitement fût continué pendant deux ans et dès 1880, il exigeait trois à quatre ans ; il avoue du reste que, plus il étudie la syphilis, plus il tend à reculer le terme du traitement.

« Pour obtenir du mercure, écrit-il dans son dernier livre, tout ce qu'il peut donner, pour en obtenir surtout ce qu'on a spécialement intérêt à lui demander, c'est-à-dire une influence non pas seulement curative pour le présent, mais préventive, il faut l'administrer longtemps, très longtemps, bien plus longtemps en tout cas qu'on ne le fait généralement. »

Pour nous guider à la recherche d'une formule plus précise, faisons remarquer que *la durée de la phase d'activité de la syphilis, celle pendant laquelle surviennent la grande majorité des manifestations, peut être estimée de trois années ; c'est la durée qu'il faut assigner, en thèse générale, au traitement méthodique rigoureux de la maladie.*

Après trois années révolues, la plupart des syphilis cessent de se manifester : elles sont guéries, du moins en apparence, et beaucoup estiment que le traitement méthodique peut prendre fin. Ils se contentent de tenir le sujet en observation et ne reprennent le mercure, comme tout le monde, que s'il survient de nouvelles manifestations.

Quelques-uns cependant poursuivent encore le traitement mercuriel, pendant la quatrième année, la cinquième, la sixième, d'autres, plus nombreux, remplacent le mercure par l'iodure, à partir de la troisième année, et donnent ce remède, pendant plusieurs années, trois années en moyenne, par cures intermittentes comme pour le mercure.

Nous n'en finirions pas si nous voulions indiquer toutes les formules : chaque spécialiste, pour ainsi dire, a la sienne.

Il en est même, mais ils sont rares, qui préconisent des cures iodurées en quelque sorte à perpétuité, c'est-à-dire donnent chaque année pendant un temps indéterminé une certaine dose du remède, afin de tenir constamment la diathèse en bride.

En fait, puisque la syphilis peut rester en puissance pendant toute l'existence, il n'y a aucune raison de s'arrêter et les limites assignées à la durée du traitement sont un peu arbitraires.

Après tout, l'iodure est un médicament désagréable à prendre sans doute, mais dont on ne peut pas dire, comme du mercure, qu'il a jamais fait mal à quelqu'un.

Je me demande du reste si certaines manifestations tardives de la syphilis, telles que le tabes, les encéphalopathies, qui, après s'être installées lentement et insidieusement, se montrent réfractaires au traitement, parviendraient à éclore ou ne seraient pas arrêtées à leur début par une imprégnation régulière des tissus par l'iodure.

En ce qui concerne les détails du traitement, disons que *le traitement sera d'autant plus énergique qu'on sera plus rapproché du début de la maladie*, et cela, parce que les manifestations deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'avance et que la syphilis s'atténue avec le temps.

C'est ce que Fournier a traduit par cette formule : *une série de cures, mercurielles d'abord, iodurées plus tard, échelonnées au cours des premières années de la maladie et séparées les unes des autres par des stades de repos d'autant plus prolongés qu'on s'éloigne davantage du début de l'infection.*

La cure de la première année est la plus importante, non-seulement parce que cette année est la plus fertile en manifestations, mais encore parce que c'est à ce moment que le traitement est le plus capable d'exercer une influence sur l'évolution ultérieure de la diathèse.

« Un premier coup solidement frappé, comme dit Fournier, semble surprendre l'ennemi et le maîtriser d'emblée. A parler sans figure il n'est pas douteux pour moi qu'un traitement mercuriel particulièrement énergique, institué dès les premières étapes de la syphilis, n'exerce sur l'ensemble et l'avenir de la maladie une action modificatrice des plus puissantes. »

Je pense, écrit Kaposi lui-même dans son livre, que plus le traitement sera soutenu et énergique pendant la toute première période, la période aiguë de la syphilis, plus sûrement on se mettra à l'abri de récidives et d'une marche traînante de la maladie.

Je transcris, comme guide, quelques formules de traitement.

Fournier fait subir quatre traitements mercuriels de six semaines à deux mois de durée au cours de la première année; trois au cours de la seconde; deux encore, au besoin, au cours de la troisième; dans le cours de la troisième année, il fait trois ou quatre cures d'iodure, en les alternant ou non avec les cures mercurielles, si celles ci paraissent encore opportunes, d'une durée d'un mois à six semaines chacune; trois cures iodurées semblables au cours de la quatrième année, deux au cours de la cinquième.

Barthélemy suit une pratique à peu près analogue, mais basée exclusivement sur le mercure : huit mois de mercure pendant la première année d'infection (soit les 2/3 du temps); six mois (la moitié du temps) pendant la deuxième, trois mois (1/4 du temps) pendant la troisième; vient ensuite un an de repos, puis le mercure est repris deux mois pendant chacune des trois années suivantes.

§ V. Du mariage des syphilitiques.

Pour terminer cet exposé général du traitement de la syphilis et avant d'en venir à l'étude des agents médicamenteux, je crois opportun de soulever une question incidente, d'une importance capitale et qui assurément sera venue à l'esprit de la plupart de mes lecteurs :

Quand un syphilitique sera-t-il autorisé à se marier?

Disons d'abord que, contrairement à certaine opinion courante, les personnes qui ont eu la syphilis peuvent parfaitement se marier ; ce n'est pas parce que des manifestations surviennent quelquefois après un temps très long, indéterminé, que la maladie constitue une contre-indication formelle et définitive au mariage.

Il serait injuste et barbare de priver une classe nombreuse de sujets des joies de la famille, sous le prétexte que, parmi eux, il s'en trouvera quelques-uns, un sur cent, un sur mille peut-être, qui, malgré toutes les précautions prises — je prends les choses au pire — apporteront la contagion dans le lit conjugal, transmettront la maladie à leur descendance, ou encore, au grand détriment de la communauté, deviendront eux-mêmes des infirmes, ou mourront prématurément.

Des malheurs de ce genre et de pires encore n'arrivent-ils pas tous les jours, sans que personne ne proteste, par le mariage de sujets autrement tarés, de tuberculeux, de phtisiques à la dernière période ?

Et cependant, on serait autorisé à se montrer bien plus sévère pour les tuberculeux, puisqu'on n'a pas chez eux la précieuse ressource d'un traitement héroïque ; au moins, si un syphilitique marié est repris de de sa maladie, il sera facile de préserver ceux auxquels il l'aurait transmise de complications graves ou de la mort ; il n'en va pas de même, quand il s'agit de la tuberculose.

Il est certain que la sévérité excessive, manifestée à l'égard des syphilitiques qui désirent se marier, provient du mode habituel de contamination, mais pourquoi nous montrer cruels ? A tout péché, miséricorde !

Il est donc entendu que *la syphilis ne constitue qu'une interdiction temporaire au mariage.*

Quand peut-on lever l'interdit ?

Plusieurs conditions sont exigées, mais la plus importante, sans contredit, est l'ancienneté de la maladie ; j'ai dit que la période active de la syphilis comprenait en moyenne trois années ; eh bien ! *dans aucun cas, le mariage ne doit être autorisé avant la fin de la troisième année ;* même dans les circonstances les plus favorables, dans les syphilis les plus bénignes en apparence, dans celles qui ont été pour ainsi dire silencieuses jusqu'alors, il ne faut pas transiger, car, même après une période latente très longue, des manifestations conta-

gieuses peuvent survenir d'un moment à l'autre, particulièrement à la bouche, aux organes génitaux, les endroits les pires au point de vue du danger de contamination.

Le mariage peut être autorisé après trois ans, parce qu'en général, presque toutes, sinon toutes les manifestations contagieuses, sont survenues avant cette date.

Il n'est pas douteux cependant que des accidents contagieux, la chose est surtout bien connue depuis quelques années, peuvent faire une nouvelle apparition après cinq ans, et même plus tard, mais ce sont là des cas exceptionnels qui ne justifieraient pas un retard excessif apporté à l'autorisation du mariage.

Il en résulte toutefois que *le terme de trois années est un minimum : mieux vaudrait davantage.*

« Les idées se sont bien modifiées ces dernières années, disait Fournier dans une récente discussion, relativement aux dangers de la syphilis pour le mariage. Lorsque, dans la première édition de mon livre sur *syphilis et mariage*, je réclamais des syphilitiques un stage de *trois ans*, consacrés à un traitement méthodique, avant d'avoir le droit d'aspirer au mariage, ce terme a paru excessif, draconien ; on s'est récrié sur ce qu'on appelait une « exigence exagérée ». Et voici que maintenant ce terme de trois ans est jugé insuffisant par nombre de nos confrères ; Besnier, par exemple, réclame cinq ans, et d'autres ont renchéri déjà sur lui. Mon évaluation se trouve donc dépassée, et je suis bien loin de condamner ces exigences croissantes. C'est qu'en effet cinq ans valent mieux que trois en l'espèce, et que six ans vaudraient mieux que cinq, j'en suis bien certain. *Le plus tard est le mieux*, dans une question de ce genre ; cela, je l'ai dit de vieille date, et l'expérience m'a confirmé dans cette conviction.

» Cependant, il ne faudrait rien exagérer, car on aboutirait de la sorte à prohiber absolument le mariage des syphilitiques à force de le proroger. Or, je tiens pour certain, de par expérience, qu'après un stage de quelques années (trois à cinq, environ) consacrées à un traitement méthodique, un sujet syphilitique peut honnêtement se marier et devenir inoffensif pour ses enfants. »

Il sera toujours bon de faire subir une cure mercurielle ou iodurée immédiatement avant le mariage, et, si le mariage a dû, à raison de

certaines circonstances, être autorisé un peu prématurément, soit par exemple à la fin de la troisième ou au début de la quatrième année, rien n'empêche que le sujet achève la cure, quoiqu'étant marié.

Les autres conditions d'admissibilité des syphilitiques au mariage ont beaucoup moins d'importance que l'âge avancé de la maladie.

Il est d'abord élémentaire que, quelle que soit l'ancienneté de la maladie, *le sujet ne devra pas présenter d'accidents au moment même de son mariage;* peu importe la nature de ces accidents, car, même s'ils n'étaient pas de ceux qui se transmettent, ils révèleraient un état actif encore de la diathèse.

Bien plus, *un temps plus ou moins long se sera écoulé entre les dernières manifestations de la diathèse et la date fixée pour le mariage;* ce signe indique une décroissance de la maladie, sinon la guérison apparente.

Il a surtout de la valeur pour Fournier, lorsqu'il a coïncidé avec une suspension prolongée du traitement spécifique, lorsque la maladie a été ainsi abandonnée à elle-même.

Pour fixer des chiffres, Fournier est comme toujours très exigeant, trop exigeant à mon avis :

« Dix-huit mois à deux ans passés sans accident aucun, sans réveil aucun de la diathèse, me semblent, écrit-il, un minimum de strict nécessaire à exiger de tout sujet syphilitique avant de lui permettre accès au mariage. »

Quand l'observation aura été rigoureuse, on pourra se contenter d'un an, sous peine de trop retarder l'autorisation au mariage.

En cela, il faudra du reste *tenir compte du degré de la gravité de la maladie* de la « qualité » de la syphilis, comme a dit Fournier; il en est, par la fréquence et la nature de leurs manifestations, qui sont incompatibles avec le mariage.

D'après Fournier, une dernière condition serait *que le syphilitique ait subi un traitement mercuriel suffisamment prolongé*, avant de pouvoir se marier; il fait même de cette particularité une condition essentielle, capitale, et il reste ainsi dans son rôle de partisan convaincu de l'action préventive et curative du mercure.

Dr L. DANDOIS.

p 241

DES AUTO-INTOXICATIONS GRAVIDIQUES.

S'inspirant des recherches de Gautier sur les leucomaïnes et de celles de Bouchard sur les auto-intoxications, Pinard a émis l'opinion que chez la femme enceinte un certain nombre de phénomènes morbides sont *sous la dépendance directe du foie.*

Mais cette intoxication peut présenter des formes bien différentes, suivant qu'un poison ou l'autre prédomine ou suivant que l'organisme intoxiqué fournit un lieu de moindre résistance, par hérédité, par maladie antérieure, par disposition morbide quelconque.

Le rein, à moins qu'il ne soit malade pour son compte, n'aurait qu'un rôle secondaire et l'albuminurie gravidique ne serait souvent qu'une complication ou un symptôme de l'insuffisance hépatique.

Au congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, tenu à Marseille en octobre 1898, Bouffe de Saint-Blaise a fait un exposé complet de la théorie.

A la lecture de ce rapport, devant l'argumentation puissante tirée de la clinique, de la médecine expérimentale, de l'anatomie pathologique, on est convaincu que l'hépato-toxhémie rend un compte beaucoup plus exact des faits que les autres théories.

I. *Que se passe-t-il en dehors de l'état gravide?*

L'organisme humain est en lutte continuelle contre l'auto-intoxication. Véritable usine à poisons, il ne résiste à ce danger perpétuel que grâce à l'intégrité de certains organes chargés de le défendre contre ces ennemis du dedans.

Ces organes de défense sont :

1° *Les organes de transformation ou d'arrêt*, c'est-à-dire l'intestin, la rate, les ganglions lymphatiques, la capsule surrénale, le corps thyroïde et *surtout le foie.*

Le foie remplit son rôle de trois façons :

a) En accumulant certains principes toxiques pour les déverser peu à peu dans le sang ou les éliminer par la bile;

b) En transformant certains poisons venus du dehors ou tout formés dans l'organisme;

c) En diminuant l'intensité des fermentations intestinales par la bile antiseptique qu'il y déverse.

Ce rôle protecteur ne peut s'exercer qu'en raison directe de la quantité de glycogène que contient l'organe.

2° *Les organes éliminateurs* — chargés d'éconduire les substances négligées par les premiers ou vis-à-vis desquelles ils sont impuissants — sont l'intestin, la peau, les poumons et surtout les *reins* qu'on peut appeler le filtre essentiel de la vie — et cette fonction est prouvée par la toxicité de l'urine qui existe même quand les fonctions des organes de transformation sont intactes.

L'intoxication se produit :

a) Ou bien quand les organes de défense deviennent insuffisants et alors il y a rétention.

b) Ou bien il y a production exagérée de poisons. — Dans ce dernier cas il y aura intoxication — si les organes de défense sont réduits par une maladie antérieure; s'ils fléchissent pour diverses causes et notamment par surmenage; enfin s'ils sont sans action sur le poison particulier qui attaque.

Quelles sont les causes de l'insuffisance du foie?

a) Une maladie antérieure le rend insuffisant et il devient la cause de la toxhémie.

b) Le foie était primitivement sain, la toxhémie le rend insuffisant.

c) Le rein était primitivement malade et le foie n'est devenu insuffisant que sous l'influence de la toxhémie brightique.

Qu'arrive-t-il si le foie devient insuffisant?

On a produit artificiellement une telle insuffisance au moyen de la fistule d'Eck ou fistule porto-cave.

Les chiens ainsi traités présentent de la somnolence, de la faiblesse, de l'ataxie, des crises d'agitation, de l'amaurose, de l'anesthésie à la douleur, puis de l'excitation et des convulsions. Si l'animal guérit, il représente des convulsions pour différentes causes et en particulier après l'ingestion de viande.

Que se passe-t-il chez l'homme, dans l'hépato-toxhémie pure, c'est-à dire dans laquelle il n'y a pas de maladie primitive d'un autre genre, dans laquelle le rein est suffisant et où par conséquent on ne peut rien incriminer en dehors du foie pour la production des accidents ?

« En dehors des accidents nerveux graves de l'hépato-toxhémie (1), en général précurseurs de la mort, il en est d'autres qu'on peut appeler les petits accidents nerveux. Ils sont encore l'expression de la toxhémie. Tels sont : le prurit, la céphalalgie, la somnolence, les troubles oculaires. »

On comprend que les accidents graves mettent un long temps à apparaître et soient précédés d'une période d'accidents légers qui peuvent même passer inaperçus, car la cellule hépatique ne se détruit que lentement.

On meurt du reste de la même façon, avec les mêmes accidents, dans un grand nombre de maladies du foie.

J'énumère ici les phénomènes que Hanot et Levi ont étudié dans l'insuffisance hépatique consécutive aux maladies du foie. Nous tirerons les conclusions plus loin.

Petits signes :

Pour Levi :	*Pour Hanot :*
Changement de caractère.	Troubles dyspeptiques.
Lassitude. Asthénie musculaire.	Météorisme.
Céphalalgie. Vertiges.	Constipation.
Insomnie. Somnolences.	Teinte bronzée.
Névrites toxiques.	Prurit.
Troubles oculaires.	Epistaxis.
Prurit.	Hémorrhagies gingivales.
Ptyalisme.	Œdème.
	Urobilinurie.
	Glycosurie alimentaire.

Si les lésions s'accentuent :

Pour Levi :	*Pour Hanot :*
Délire hépatique.	Pigmentation de la peau.
Folie hépatique.	Ictère hémaphéique
Convulsions.	Albuminurie.
Eclampsie.	Œdèmes généralisés.
	Hémorragies, épistaxis.
	Varices.
	Constipation.
	Douleur hépatique.
	Vomissements.

(1) Levi, *Troubles nerveux d'origine hépatique* Thèse. Paris, 1896.

Voyons les caractères de l'urine dans ces conditions :

« Supposons qu'une affection destructive vienne abolir les diverses fonctions du foie, il en résultera une série de phénomènes contre lesquels le rein essayera de lutter. On observera dès lors une augmentation de la toxicité urinaire; en même temps on trouvera dans l'urine diverses substances anomales faciles à déceler par les procédés chimiques. La fonction uropoëtique du foie étant troublée, l'urée baissera et sera remplacée par des corps moins parfaits au point de vue excrémentitiel, acides conjugués et ammoniaque; il y aura une diminution plus ou moins marquée du rapport de l'azote de l'urée à l'azote total. Les troubles de l'action du foie sur les albuminoïdes et leurs dérivés se traduisent par de l'albuminurie et de la peptonurie, les troubles de la fonction biligénique par de l'ictère ou par l'apparition dans l'urine de pigments biliaires normaux ou modifiés (biliphéine, hémaphéine, urobiline).

» Les modifications de la fonction glycogénique produisent la glycosurie dont on peut admettre deux variétés principales : tantôt il y a suractivité fonctionnelle du foie, excitation de la glande; il en résulte une glycosurie intermittente, liée à une insuffisance du foie, devenu incapable de retenir le sucre qu'à certains moments la veine-porte contient en excès : c'est assez dire que cette glycosurie apparaîtra à la suite de l'ingestion de matières sucrées ou féculentes; ce sera une glycosurie alimentaire. Enfin l'impossibilité pour le foie de retenir les matières toxiques aura pour conséquences, soit une rétention dans l'organisme et une mort rapide, soit une élimination par la voie rénale et par conséqnent une hypertoxicité urinaire.

» C'est donc en étudiant l'urine qu'on peut avoir des notions sur l'état des cellules hépatiques : le dosage de l'urée et de l'azote total, la recherche des acides conjugués, des pigments normaux de la bile ou des pigments modifiés, de la glycosurie alimentaire et l'étude de la toxicité urinaire (1). »

Les lésions qu'on trouve dans le foie à la suite de ces accidents sont toujours les lésions de la maladie primitive — ou bien, quand l'insuffisance est la conséquence d'une intoxication, des lésions, des

(1) Roger, *Le foie et les poisons*, p. 12.

modifications absolument caractéristiques. Elles peuvent se ramener à trois types : phlogose, steatose, nécrobiose.

Quant au rein, son insuffisance est démontrée par ces deux faits corrélatifs : la toxicité des urines diminuée, celle du sang proportionnellement augmentée.

Dans le cas d'insuffisance rénale primitive et pure, nous observons les phénomènes que Dieulafoy a décrits sous le nom de petit brightisme : doigt mort, céphalée, troubles de la vue etc. même sans albuminurie.

II. *La grossesse normale est-elle l'origine d'une surproduction de poison ou de la production de poisons spéciaux ?*

Assurément, et dès le début, la grossesse donne une impulsion plus vive aux actes nutritifs en vue de la formation de l'œuf; de là, formation de déchets plus abondants.

L'état particulier d'un organe qui dès le début est le siège d'une hyperhémie considérable, l'existence d'un organisme surajouté, les échanges toxiques qui ont lieu entre les deux organismes (qu'il y ait fœtus ou non, comme dans la grossesse molaire), sont aussi une cause d'hypertoxicité.

Le fait des auto-intoxications dans la grossesse molaire est des plus intéressants et prouve que le fœtus n'a qu'une importance secondaire. Ce qui le prouve encore, c'est que les accidents sont plus fréquents et plus graves au début de la grossesse alors que le fœtus est petit.

Il doit donc y avoir autre chose, et peut être pouvons-nous considérer comme facteur important la suppression des règles. Charrin a démontré que le sang des règles avait un maximum de toxicité.

L'absence des règles pendant la grossesse constitue une rétention de sécrétion organique, qui exige comme compensation une intégrité absolue des autres sécrétions.

Il semble du reste en examinant de très près les phénomènes cliniques que ce ou ces poisons donnent lieu à des phénomènes tout à fait caractéristiques de l'état de gravidité, et on est incité à penser qu'il existe des matières spéciales capables, lorsque certains organes deviennent insuffisants, de donner lieu à des accidents spéciaux : la multiplicité des accidents pourrait même faire penser que ces poisons sont multiples.

Enfin, quand tous les organes de la femme gravide sont sains et fonctionnent bien, les urines sont plus toxiques qu'en dehors de l'état de grossesse.

Dès que des symptômes morbides se manifestent, la toxicité urinaire diminue, celle du sang augmente.

C'est là la meilleure preuve d'une production exagérée de poisons pendant la grossesse.

Le rein est par conséquent obligé de fournir un travail supplémentaire considérable. Ajoutez à cela que la vessie et les uretères sont presque toujours comprimés et on conçoit qu'il faut peu de chose pour que le rein ne suffise plus à sa tâche, surtout si le foie est insuffisant. Nous nous trouvons alors dans un cercle vicieux pouvant avoir les conséquences les plus graves, surtout que pendant la grossesse la femme offre un terrain éminemment favorable à l'intoxication, du fait de l'anémie (car le sang contient moins de globules rouges) — en outre le cœur doit accomplir un travail plus considérable, de même que le poumon, puisque le sang a un pouvoir respiratoire moins complet (sa capacité du reste a diminué).

Heureusement que dans la plupart des cas le foie fonctionne normalement, il n'y a pas de dégénérescence graisseuse pour ainsi dire physiologique pendant la grossesse comme le veulent Tarnier, Blot, Vulpian. Si la stéatose existait, comment les cellules d'un foie dégénéré (car la stéatose d'un organe est l'un des degrés de sa mortification), pourraient-elles accomplir le travail exagéré nécessaire, quand on sait que ce surmenage seul peut-être pour elles une cause de nécrobiose!

A l'état normal l'équilibre existe donc. Mais un rien peut déterminer l'insuffisance hépatique, un simple embarras gastrique peut détruire l'équilibre. Roger nous dit qu'une fièvre de surmenage trouble la fonction glycogénique, condition essentielle du rôle anti-toxique du foie.

L'influence de l'intestin sur le foie est bien connue : l'utérus dès les premiers jours comprime l'intestin et plus tard l'estomac.

La vie sédentaire, le corset, sont des causes de la fréquence de l'insuffisance hépatique.

Enfin, l'hérédité joue un rôle considérable dans les maladies du foie et le prédispose à subir une influence morbide.

Il faut donc peu de chose pour que cet équilibre se rompe : le foie ne remplissant plus sa fonction, laisse passer dans la circulation générale tous les poisons qu'il devait retenir ; le sérum devient plus toxique ; plus le sérum est toxique et plus l'insuffisance hépatique augmente parce que les cellules qui ont résisté finissent par se nécroser. Le foie du fait qu'il est insuffisant tend à le devenir de plus en plus jusqu'à la mortification presque complète.

Qu'arrive-t-il quand chez une femme enceinte, le foie ou le rein devient insuffisant ?

S'il existait une maladie antérieure du foie, nous assistons au développement de la maladie, mais le pronostic sera plus sombre à cause des complications rénales plus fréquentes et plus graves. Il est certain que ces maladies faciliteront l'intoxication par l'insuffisance hépatique qu'elles occasionnent et nous verrons évoluer tous les accidents secondaires de cette insuffisance, spéciaux aux maladies du foie, mais auxquels la grossesse donnera une physionomie particulière. S'il existe une néphrite antérieure, celle-ci empruntera à la grossesse une gravité exceptionnelle.

Si antérieurement le foie et le rein étaient indemnes, et que des phénomènes morbides se produisent pendant la grossesse, si nous les comparons à ceux observés dans l'insuffisance hépatique en dehors de l'état gravide, nous sommes étonnés de leur analogie frappante. Il est singulier de rencontrer des phénomènes aussi superposables, et on est autorisé à penser qu'ils ont une commune origine.

Parmi ces phénomènes pathologiques, retenons les plus importants :

Les vomissements et les troubles digestifs ; — le prurit généralisé ; — les vomissements incoërcibles ; — le ptyalisme qui leur est si souvent associé ; — les œdèmes sans albuminurie ; — les névrites toxiques ; — les ictères et la colique hépatique ; — certains troubles de la peau et l'herpès gestationis ; — la manie puerpérale ; — l'albuminurie gravidique ; — les accès éclamptiques ; — la mort du fœtus et les lésions placentaires.

Toutes ces affections sont réunies par un lien d'une importance capitale et témoignant de leur commune origine, le traitement.

En effet, le régime lacté absolu, qui permet aux chiens de se passer de leur foie, réussit admirablement dans la plupart des cas, si en

même temps on facilite le fonctionnement des émonctoires de la peau et de l'intestin. Je dis dans la plupart, car évidemment il est inactif quand les accidents ont une origine lointaine et quand le foie a déjà subi des lésions irrémédiables.

Voyons l'histoire de chacun de ces phénomènes pathologiques, et les arguments qui paraissent démontrer leur origine.

A. *Troubles dyspeptiques et vomissements de la grossesse.* — D'après Pinard, ces phénomènes anormaux marquent un premier degré d'intoxication légère.

Ils peuvent être mis sur la même ligne que certains troubles nerveux légers : changement de caractère, irritabilité, céphalalgie, somnolences.

Ce sont là précisément les symptômes que décrit Hanot comme premiers signes de l'insuffisance hépatique dans les maladies du foie.

Keiffer (1) les cite comme propres à l'aménorrhée.

B. *Prurit généralisé.* Egalement observé pendant les maladies du foie même sans ictère.

Pinard le considère comme d'un pronostic grave pour l'enfant. Bouffe de Saint-Blaise cite deux cas de prurit généralisé guéris : l'un après 8 jours, l'autre après 12 jours de régime lacté.

C. *Ptyalisme.* — Le régime lacté a sur cet accident une action vraiment extraordinaire. Bouffe de Saint-Blaise rapporte l'observation d'une dame qui eut du ptyalisme avec vomissements graves avant de savoir qu'elle était enceinte : on lui appliqua divers traitements qui échouèrent, puis le diagnostic de la grossesse ayant été posé, le régime lacté donna une guérison complète. Après six semaines la malade mangea de la viande et fut reprise de ses accidents, et cette expérience, trois fois faite, fut accompagnée de trois rechutes. Enfin le régime lacté fut définitivement suivi jusqu'à la fin de la grossesse et il naquit un enfant de 3400 grammes mais, fait très intéressant, le placenta présentait des traces d'hémorragies anciennes, quoique la malade n'eût jamais présenté d'albuminurie.

D. *Vomissements incoercibles.* — Les vomissements incoërcibles ne mettent la vie de la femme en danger qu'après un certain temps.

(1) Keiffer, *La menstruation dans ses rapports avec la pathologie générale. L'obstétrique*, 1897.

Si nous comparons les symptômes avec ceux des cirrhoses au début, nous voyons qu'ils sont identiques.

La façon de mourir n'est-elle pas absolument la même dans les deux cas?

Aussi le régime lacté agit d'une façon merveilleuse, à condition qu'on n'ait pas laissé l'organisme s'intoxiquer trop profondément.

E. *Œdèmes non albuminuriques.* — S'accompagnent toujours d'un certain degré de dyspepsie.

En condamnant la malade à un régime sévère, on est sûr d'obtenir la guérison.

F. *Névrites toxiques.* — Phénomène rare mais identique à celui que l'on rencontre dans certaines infections ou intoxications (alcoolisme) où le foie joue un rôle important.

Certaines névralgies de la grossesse — nous ne visons pas celles qui dépendent d'une carie dentaire — paraissent être des névralgies par intoxication.

Nous avons vu disparaître en quatre jours, par le régime lacté, une névralgie du trijumeau que pas un des nombreux antinévralgiques n'était parvenu à calmer.

G. *Les ictères et la colique hépatique.*

H. *Troubles de la peau. Herpès gestationis.* — Ces phénomènes s'observent pendant la grossesse, tout comme dans le cours des maladies du foie.

Baer a constaté dans l'herpès la diminution de la toxicité urinaire et l'abaissement du taux de l'urée; — puis la polyurie, l'hypertoxicité urinaire, le relèvement de l'urée au moment de la guérison.

I. *Manie puerpérale.* — Egalement une manifestation de l'hépato-toxhémie.

On connaît du reste actuellement les délires causés par les auto-intoxications et des neuropathologistes tels que Klippel, attribuent au foie une action prépondérante dans leur production.

J. *Albuminurie gravidique.* — Elle peut être un phénomène secondaire, un signe de l'hépato-toxhémie.

Murchison a montré que l'albuminurie peut être produite par un trouble hépatique, en dehors de toute lésion organique des reins. On voit si souvent l'albuminurie associée à des troubles hépatiques, dis-

paraître complètement et d'une façon permanente lorsque ces derniers se dissipent, que l'on ne peut guère douter du rôle du foie.

K. *Accès éclamptiques.* — De ce que l'on trouvait souvent de l'albumine dans l'urine des femmes éclamptiques, on a été conduit à rattacher ces accidents à une maladie des reins. Mais dans ces cas le foie présente une lésion *constante* de nécrose, alors que le rein montre les lésions les plus *diverses* et même, dans quelques cas, une intégrité absolue.

Les accès éclamptiques font partie d'un ensemble de phénomènes, tous sous la dépendance d'une insuffisance hépatique. De là les variétés de forme des accès. Ainsi, suivant que l'intoxication est plus ou moins complexe, ou sans doute suivant la composition ou l'abondance des poisons retenus, on verrait des malades avec une température élevée ou abaissée ou normale, avec de l'ictère ou non, avec ou non des modifications du pouls etc. Les poisons en cause sont multiples ayant tous ce caractère commun d'être convulsivants ; il s'en ajoute d'autres qui agissent sur la température, d'autres encore produisent tel ou tel phénomène adjuvant.

Où sont les preuves du rôle prépondérant du foie dans la genèse de ces accidents ?

L'état du rein a certainement une grande importance en ce qu'il favorise et complète la rétention, s'il est malade primitivement et cause une hépatotoxhémie secondaire ou s'il devient malade consécutivement à l'insuffisance hépatique, si enfin par sa fonction et sa nature intime, il est impuissant vis-à-vis de certains poisons quoique sain.

Mais c'est le foie la cause essentielle.

a) *Preuves cliniques.* — 1. Eclampsie sans albuminurie ni mal de Bright. Tarnier, Spiegelberg, Dubois, Bouffe de Saint-Blaise en rapportent de nombreux exemples.

2. Guérison rapide de l'albuminurie dans beaucoup de cas. Dans le plus grand nombre de cas, en effet, l'albuminurie devient abondante au moment des crises, à cause de la surcharge toxique qui existe dans le sang; elle guérit d'habitude avec une rapidité surprenante, alors même qu'il y a des accidents post-éclamptiques de la peau, du système nerveux, de la vision, de l'intelligence, etc. Il n'y a donc pas de lésion profonde du rein.

3. Ressemblance des accès éclamptiques avec les accidents nerveux de l'ictère grave.

4. Fréquence de l'ictère post-éclamptique.

5. Signes de l'insuffisance hépatique.

6. L'éclamptique meurt comme les hépatiques.

b) *Preuves expérimentales.* — 1. Perméabilité rénale. Potocki rapporte cinq observations d'éclamptiques, chez lesquelles il n'y avait pas de lésions anatomiques. Cela paraît être la règle générale.

2. Diminution de l'urée et augmentation de l'acide urique et des leucomaïnes.

c) *Preuves thérapeutiques.* — Le lait est tout puissant pour prévenir les accès, quand il a pu être donné depuis assez longtemps, tandis que dans les néphrites il ne parvient souvent même pas à diminuer la quantité d'albumine.

d) *Preuves anatomo-pathologiques.* — Dans tous les cas d'accès éclamptiques, on trouve la nécrobiose des cellules hépatiques.

Dans le rein on trouve toutes les lésions possibles et même — Bouffe de Saint-Blaise en cite notamment deux cas personnels — l'intégrité absolue du parenchyme. La nécrose du foie est constante, les lésions rénales ne le sont pas : c'est donc bien le foie qu'il faut incriminer dans la production des accès éclamptiques.

Action de l'intoxication sur le fœtus et les annexes.

L'intoxication maternelle amène l'intoxication fœtale — et d'autre part l'enfant est menacé d'asphyxie par les lésions qui s'établissent dans le placenta. Ces lésions sont multiples. — Les hémorragies qu'on avait décrites comme étant spéciales à l'albuminurie, sont simplement le fait de l'empoisonnement du sang maternel. On les retrouve en effet dans les autres manifestations de l'intoxication. Bouffe de Saint-Blaise parle d'un placenta semblable, après une grossesse compliquée de vomissements incoercibles.

Possédons-nous des signes suffisamment sûrs pour reconnaître à temps l'hépato-toxhémie ?

Jusqu'à présent on s'est contenté d'analyser les urines et de soumettre au régime lacté toutes les femmes qui présentaient de l'albuminurie.

Mais nous avons vu que dans un grand nombre de cas les accès d'éclampsie ne sont pas précédés d'albuminurie.

Il faut donc surveiller particulièrement toutes les femmes qui présentent des troubles dits sympathiques de la grossesse, surtout si l'interrogatoire nous apprend quelque hérédité hépatique ou nerveuse ou quelque antécédent de ce genre tel qu'un simple ictère catarrhal.

L'examen complet des urines fournira la preuve évidente de l'insuffisance hépatique.

Comme *traitement* le régime lacté. Sous son influence la toxicité urinaire diminue considérablement.

Le reste du traitement consiste à assurer le bon fonctionnement des émonctoires : l'intestin, le rein, la peau, le poumon.

L'accouchement prématuré est indiqué dans tous les cas où, malgré le traitement médical sévère, les phénomènes d'intoxication persistent ou augmentent. Dr J. DE KONINCK.

LA SÉROTHÉRAPIE DANS LA DIPHTÉRIE.

Nous relevons dans une leçon du dr Sevestre quelques indications générales relatives à la diphtérie et à son traitement par le sérum, qui offrent un grand intérêt pratique, à raison de l'expérience étendue de l'auteur.

Les résultats de la sérothérapie sont toujours excellents ; alors que dans les hôpitaux d'enfants à Paris la mortalité par diphtérie avant 1894, variait de 48 à 57 p. c., elle est tombée à 26 p, c. au moment où Roux a introduit l'emploi du sérum et a diminué ensuite à mesure que se perfectionnait son usage jusqu'à 15 p. c. Cette proportion, il est vrai, tend en ce moment à remonter très légèrement, mais le fait paraît dû à ce que, à mesure que l'emploi du sérum se généralise, on traite les enfants beaucoup plus tôt en ville où on les guérit, et on n'apporte à l'hôpital que ceux qui sont dans un état grave, soit parce qu'ils n'ont pas été soignés, soit parce que leur maladie a revêtu dès le principe un caractère de haute gravité.

Les résultats donnés par cette statistique ne sont pas propres à la France. En Russie, la mortalité générale est tombée à 16 p. c. et dans les hôpitaux, par une coïncidence singulière, les chiffres sont

identiques à ceux qui ont été obtenus à Paris. Les résultats sont tout à fait comparables en Allemagne et en Amérique, dont la statistique urbaine donne une mortalité qui ne dépasse pas 5 à 6 p. c.

Il n'est pas douteux que cette différence énorme entre des années si rapprochées soit due au sérum. On a invoqué, il est vrai, pour l'expliquer, la moindre gravité actuelle de la maladie; mais cette hypothèse est difficile à admettre lorsque l'on voit ces résultats se généraliser à des contrées si éloignées.

Au surplus, tous les médecins qui ont l'habitude de soigner des diphtéries sont frappés par le contraste qui existe entre les malades d'autrefois et ceux d'aujourd'hui.

Les effets de l'injection, aujourd'hui bien étudiés, méritent du reste d'être rappelés. Il y a d'abord une série d'*effets avantageux*.

Ainsi après 24 heures, les *fausses membranes* commencent à se décoller et au bout de 36 heures elles s'éliminent, de telle sorte qu'au bout de 48 heures la gorge est nettoyée, la muqueuse restant alors un peu excoriée. Toutefois, les choses ne se présentent avec cette précision que pour les fausses membranes limitées aux amygdales et s'il s'agit de diphtérie pure, c'est-à-dire dans laquelle le bacille diphtérique, existe seul, non associé au streptocoque. Dans ce cas, on peut prévoir et annoncer cette évolution avec une certitude à peu près complète.

Si les fausses membranes occupent les piliers et surtout le pharynx, leur détachement se fait moins vite, et ce ralentissement est surtout caractéristique dans le cas de diphtérie associée, de streptodiphtérie où le détachement, au lieu de se faire en bloc, se fait par fragments plus ou moins divisés.

Les mêmes phénomènes se produisent du côté du larynx, et on voit les enfants rendre parfois d'énormes tubes membraneux; on voit aussi, ce qu'on n'observait jamais avant l'emploi du sérum, le moule entier des fosses nasales s'éliminer en bloc.

Sur les *ganglions*, le sérum a également une action très nette : leur volume diminue notablement en un ou deux jours.

L'*apparence générale* des malades se modifie d'une façon très avantageuse.

Sur les *phénomènes fébriles*, l'effet du sérum est tout spécial. Pendant longtemps on a admis que la diphtérie évoluait sans provoquer de fièvre : cela est vrai pour beaucoup de cas, mais souvent aussi il existe une poussée de fièvre au début. Or, l'injection fait habituellement tomber à la normale la température, qui était montée à 39° ou 38°6, chiffres fréquemment atteints à cette période de la maladie. Toutefois, cet abaissement, au lieu de se faire tout d'un coup, est

souvent précédé d'une ascension : c'est là un point fort important à connaître : c'est ainsi que chez un enfant qui reçoit une injection à 8 heures du matin, il se produit une sorte de bouffée de fièvre au bout de cinq à 6 heures, avec ascension de la température, si elle n'était pas déjà montée par suite de la maladie même, à 38°5, 39° ou même 40°, mais suivie de la chute à la normale le lendemain matin. Le résultat définitif est une baisse, complète dans la diphtérie pure, incomplète dans la diphtérie associée.

Sur l'*albuminurie*, l'effet est variable ; si elle préexiste, tantôt elle augmente, tantôt elle diminue après l'emploi du sérum ; si elle n'existe pas encore, elle peut se produire sans qu'on puisse dire si elle est due au sérum ou à la maladie première.

L'influence du sérum sur les *paralysies* est également fort discutée ; l'auteur a l'impression qu'elles sont un peu plus fréquentes qu'autrefois, et voici l'interprétation qu'il donne à ce fait ; autrefois, par exemple, sur 40 cas graves, il n'y avait que dix malades qui survivaient et étaient exposés aux paralysies ; aujourd'hui, sur ce même nombre, il y en a vingt-cinq qui guérissent et sont susceptibles d'être atteints de cette complication ; il est donc naturel qu'on en observe davantage.

On peut en dire autant des *morts subites*, pendant la convalescence, peut-être un peu plus fréquentes qu'avant l'emploi du sérum. C'est que le sérum permet aux malades même les plus gravement atteints de guérir de la maladie première, mais est sans action sur les lésions une fois produites, comme les myocardites, surtout s'il est employé trop tardivement. »

D'autre part, le sérum produit une série d'*effets fâcheux* dont les uns sont locaux, les autres généraux.

Les *effets locaux* consistent en des rougeurs au voisinage des piqûres et des abcès. Ces rougeurs, qui sont plus ou moins diffuses et disparaissent au bout de quelques heures, se produisent sans qu'on puisse en discerner bien nettement la cause. Quant aux abcès, on peut affirmer qu'ils ne surviennnent que si l'antisepsie opératoire n'a pas été rigoureusement observée.

Les *accidents généraux* sont précoces ou tardifs.

Parmi les *accidents précoces*, il faut citer d'abord la *poussée fébrile* du début, qui est de courte durée. Parfois, cependant, elle dure deux ou trois jours, et en ce cas il s'agit presque toujours de sujets atteints de tuberculose pulmonaire.

Les *éruptions*, érythème et urticaire, peuvent aussi constituer un accident précoce se montrant parfois, mais rarement, le jour même, le plus souvent au bout de trois ou quatre jours, et tardant quelque-

fois jusqu'au huit ou dixième jour. Ces éruptions sont dues à l'action du sérum même et sont indépendantes de son pouvoir antidiphtérique, car on les retrouve dans les injections des autres sérums médicamenteux et même du sérum physiologique; elles n'ont que peu d'importance.

Les *accidents tardifs* ont plus d'importance ; ils se montrent généralement du dixième au treizième jour et s'annoncent par une élévation progressive de la température, qui peut atteindre 40° et peut se maintenir pendant quatre à cinq jours à un chiffre avoisinant. En même temps paraissent des éruptions d'un caractère un peu spécial : tantôt elles revêtent l'aspect de la rougeole, les éléments éruptifs prédominant au niveau des coudes, des genoux et restant limités, au moins en grande partie, aux membres.

Tantôt l'éruption est scarlatiniforme, commençant souvent sur le ventre et le tronc, et atteignant consécutivement la face, le cou et un peu les membres.

Tantôt, enfin, l'éruption est constituée par un érythème polymorphe siégeant toujours sur les membres.

Les *arthralgies* constituent encore un des accidents tardifs consécutifs à l'emploi du sérum; elles ont pour caractère d'être mobiles, de passer d'une articulation à l'autre et s'accompagnent parfois d'un peu de fièvre; elles peuvent atteindre les articulations de la colonne vertébrale, celles du cou en particulier, et donnent alors lieu à des phénomènes assez spéciaux. Leur début est parfois très brusque, mais elles ne durent guère plus de deux à trois jours.

Dans un certain nombre de cas, on peut voir aussi *les ganglions* se prendre, et il se fait des poussées dans les aines, les aisselles et autour du cou.

Si on n'est pas prévenu du fait, on pourrait facilement croire à une scarlatine.

On peut encore observer à la suite des injections une *diarrhée* glaireuse de courte durée, de l'*agitation* et même un *délire* assez violent.

Tous ces accidents sont difficiles à interpréter, mais ils sont sûrement dus au sérum; bien qu'ils soient parfois assez graves, il ne semble pas qu'ils soient jamais mortels par eux-mêmes.

Le dr Sevestre ne considère pas les quelques observations de mort survenue dans ces conditions comme bien démonstratifs; il trouve très rassurant ce fait que plus la pratique de la sérothérapie se généralise, plus le nombre des sujets injectés se multiplie et moins les cas de mort attribués au sérum sont nombreux : les milliers de sujets traités à l'hôpital n'en ont pas fourni un seul.

Dans tous les cas il ne faut jamais négliger, par crainte d'accidents, d'employer le sérum aussitôt qu'on a constaté son indication.

Or, l'*indication du sérum existe dès qu'on peut soupçonner la diphtérie.*

Il n'est permis d'attendre que si le cas est bénin, qu'on puisse être renseigné du résultat de la culture au bout de 24 heures et enfin qu'on puisse observer le malade de près, afin d'agir de suite si l'affection s'aggravait.

Il faut injecter dans les diphtéries associées comme dans les diphtéries pures : le résultat est moins bon, mais néanmoins encore très profitable au malade. On peut dire qu'il n'existe ici qu'une seule contre-indication : c'est le cas où l'angine serait légère et se serait produite chez un tuberculeux, à raison de l'effet fâcheux que peut produire le sérum sur la lésion pulmonaire; encore ne faut-il pas hésiter si la diphtérie présente quelques indices de gravité.

La question de *dose* est à peu près uniformément réglée. Au-dessus de deux ans la première injection est de 20 centimètres cubes; au-dessous de cet âge on se contente généralement de 10 centimètres cubes, sauf dans les cas graves. Au-dessus de quatre ou cinq ans, on pourra injecter 30 à 40 centimètres cubes, suivant la gravité du cas. Ces doses suffisent le plus souvent; cependant, si au bout de 24 heures la fièvre n'était pas tombée et si elle ne tient pas à quelque complication, on doit faire une deuxième injection. Si au bout de trois ou quatre jours les fausses membranes n'étaient pas disparues, c'est qu'il s'agit d'une diphtérie associée; néanmoins on devra renouveler encore l'injection. L. D.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ASCITE.

Le terme d' « ascite » désigne, dans son sens le plus étroit, l'accumulation d'un exsudat séreux par stase dans la cavité abdominale. Les veines péritonéales appartenant au domaine de la veine-porte, l'ascite se développera, en premier lieu, dans tous les processus morbides qui intéressent le système porte. L'habitude a, d'un autre côté, été prise de désigner, sous le nom d'ascite, les épanchements séreux prenant, par exemple, naissance au cours d'une tuberculose ou d'une affection cancéreuse du péritoine.

Jusqu'ici, le traitement chirurgical de ce trouble morbide n'a pas été soumis à des règles fixes, s'appuyant sur des indications nettes et des recherches pathologiques; l'intervention était en première ligne symptomatique. Dès que la sensation de pression et la gêne respiratoire atteignaient un degré assez marqué pour incommoder le patient

et même provoquer de la dyspnée, on pratiquait une ponction que l'on répétait aussi souvent que cela paraissait nécessaire.

C'est par le hasard que les premières indications d'une intervention plus énergique ont été posées.

En 1863 — il convient de signaler ce fait, qui a été le point de départ d'entreprises chirurgicales fructueuses — Spencer Wells pratique la laparotomie sur une jeune fille de 24 ans, qu'il croyait atteinte de kyste ovarique. L'incision abdominale révéla l'existence d'une péritonite tuberculeuse ; aussi l'opérateur referma-t-il le ventre dès que le liquide ascitique se fut écoulé. Au grand étonnement de Spencer Wells, la malade se rétablit, elle se portait encore bien 26 ans plus tard. D'autres gynécologues firent les mêmes observations, mais ce fut Kœnig qui, le premier, en 1884, s'appuyant sur une expérience étendue, présenta la laparotomie comme le traitement de choix de la péritonite tuberculeuse.

Mais, nous n'avons plus à insister sur la curabilité de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie.

Voilà donc une variété d'ascite, plus fréquente qu'on ne le suppose, et à laquelle il faut toujours songer, surtout quand on a affaire à des sujets jeunes, justiciable d'une intervention chirurgicale.

Par contre, il y a, jusqu'à présent du moins, fort peu de chose à dire du traitement chirurgical de l'ascite par stase; le prof. Tilmann vient de faire cependant une communication en vue d'attirer l'attention sur ce point.

L'ascite par stase est, en général, sous la dépendance des facteurs qui produisent une gêne circulatoire dans le système porte. La cause peut être représentée par une maladie de foie, la cirrhose, la syphilis, la dégénérescence amyloïde, ou un rétrécissement de la veine-porte, par suite d'une pression exercée par une tumeur, ou enfin par une thrombose de la veine-porte. Le traitement courant de l'ascite causée par une stase dans le système porte, consiste dans la ponction; on a enregistré même des cas dans lesquels des ponctions répétées ont amené la guérison. Strumpell a relaté un cas dans lequel la maladie dura six ans et disparut au bout de la quinzième ponction ; il s'agissait d'une cirrhose du foie.

Ce ne sont là à coup sûr, que des cas exceptionnels, mais le cas que voici, publié par Talma, présente un intérêt plus général.

Un enfant de neuf ans fut atteint d'une néphrite aiguë grave ainsi que d'une hépatite, qui se termina par une cirrhose atrophique et une gêne circulatoire de la veine-porte. Une première ponction resta sans effet; il en fut de même pour une laparotomie. On exécuta alors une seconde laparotomie et on fixa en même temps la vésicule biliaire

et le grand épiploon à la paroi abdominale antérieure au moyen de sutures. Des veines sous-cutanées dilatées apparurent entre le point où avait été pratiquée l'opération et les veines intercostales. L'ascite, en même temps, disparut, et ne se reforma pas, mais la rate resta grosse. On fit alors, pour cette raison, une troisième laparotomie, et on fixa solidement, par des sutures, la rate entre la peau et les muscles de la paroi abdominale. Le malade guérit entièrement et la rate diminua nettement.

Serait-il donc possible de provoquer chirurgicalement une circulation collatérale utile dans l'ascite par stase? La suppléance réciproque des deux systèmes veineux, cave et porte, est-elle réalisable?

On sait qu'à l'état normal déjà, la circulation collatérale entre en ligne de compte en cas de stases dans le système porte. Les voies adjuvantes sont constituées par : 1° le plexus hémorrhoïdaire; 2° les petits rameaux portes qui se déversent directement depuis l'intestin grêle et le gros intestin dans la veine cave inférieure; 3° les veines contenues dans le ligament rond, qui communiquent avec le système porte et avec les veines de la paroi abdominale antérieure, et peuvent provoquer l'apparition de la classique « tête de Méduse » ; 4° les veines stomacales qui sont en rapport avec les veines œsophagiennes. Mais on sait, d'un autre côté, que ces anastomoses n'ont pas, jusqu'à ce jour, pu suffire, dans les cas d'occlusion du système porte, pour donner naissance à une circulation collatérale durable suffisante.

Le prof. Tilmann se basant sur l'observation de Talma, a fait une expérience qui a donné le résultat suivant : alors que tous les animaux auxquels il liait, sans opération préliminaire, la veine-porte, ou son tronc principal, la veine mésentérique, avaient péri, le chien, chez lequel il avait favorisé la formation de collatérales en fixant préalablement l'épiploon et l'intestin à la paroi abdominale, supporta bien, non seulement la ligature de la mésentérique, mais encore la ligature totale de la veine-porte. Il y a donc lieu d'admettre que, par ce procédé, il est possible d'accorder au sang de la veine-porte des suppléances collatérales très importantes.

Il va sans dire que ce résultat intéressant ne permet pas encore de combinaisons étendues. Il semble, toutefois, bien possible d'exercer, au moyen d'interventions opératoires de ce genre, une influence sur la circulation sanguine. En tout cas, l'expérience invite à en essayer d'autres. On arrivera, peut-être, à améliorer, de cette façon, le pronostic de la thrombose de la veine-porte qui, jusqu'ici, était considéré comme très mauvais. Dans les cas de cirrhose avec intégrité des cellules hépatiques, dans tous les cas de tumeurs inopérables déterminant, grâce à la pression qu'elles exercent, une gêne circulatoir

dans la veine, il semble qu'il soit possible de venir en aide au malade, grâce à des interventions chirurgicales relativement inoffensives.

L. D.

—

LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ PAR LES PRÉPARATIONS THYROÏDIENNES.

Lors des premières tentatives de traitement de l'obésité par les produits thyroïdiens, on a vu se produire un enthousiasme très grand en faveur de la nouvelle méthode. Celle-ci fut même employée par des gens étrangers à la médecine malgré ses dangers. On a reconnu peu à peu que les résultats obtenus étaient très variables, inconstants et qu'ils s'accompagnaient parfois d'inconvénients qui n'étaient pas négligeables : tachycardie, affaiblissement du cœur, excitabilité nerveuse, apparition de sucre et d'albumine dans les urines, etc.

Le dr Kisch a néanmoins voulu expérimenter ce mode de traitement.

Par la médication thyroïdienne seule, il a trouvé que *chez des individus obèses à type pléthorique*, l'emploi prudent et prolongé pendant deux à trois semaines de tablettes thyroïdiennes, sans modification du régime, ne produisait qu'une *médiocre diminution de poids*, de 1 à 3 kilos; d'autre part, les inconvénients concomitants ont été peu marqués. *Chez les obèses à type anémique*, la perte de poids a été plus accentuée, mais *des troubles cardiaques et nerveux* ont nécessité l'interruption du traitement.

Il a associé pour d'autres sujets le traitement thyroïdien aux eaux de Marienbad intus et extrà, qui sont préconisées également contre l'obésité; les résultats n'ont pas été meilleurs.

Les obèses pléthoriques n'ont pas eu d'autres effets que ceux que l'on est habitué à constater à la suite de l'emploi des eaux de Marienbad seules, sauf qu'ils ont paru être plus fatigués que d'ordinaire; le dynamomètre a fait constater une diminution marquée de la force musculaire, et dans deux cas il est survenu de la glycosurie. Chez les obèses anémiques ou présentant quelques signes de myocardite, l'auteur a jugé l'association des deux traitements comme trop dangereuse pour être expérimentée.

De son côté, le dr Ebstein a appliqué le traitement thyroïdien à sept cas d'obésité choisis dans des conditions variées et il est arrivé aux conclusions suivantes, qui lui sont également peu favorables :

Le traitement de l'obésité par les préparations thyroïdiennes n'est pas satisfaisant au point de vue pratique, car la diminution de poids est inconstante et souvent même nulle. Lorsque cette diminution se

produit, elle n'est que passagère, même si l'on continue le traitement, et elle disparaît dès qu'on le cesse. Elle ne s'accompagne pas d'accentuation de la sensation de bien être, qui s'observe d'ordinaire quand on institue un régime approprié à l'individu.

Cette méthode de traitement n'est pas rationnelle, car la diminution de poids n'est pas obtenue seulement aux dépens de la graisse, mais aussi et surtout aux dépens de l'albumine. Une méthode d'amaigrissement ne peut être considérée comme rationnelle qu'autant qu'elle ne met pas en œuvre des principes toxiques, ce qui n'est pas le cas pour la médication thyroïdienne. On ne peut se servir de principes toxiques que pour traiter des maladies plus dangereuses que ces remèdes. La médication thyroïdienne peut convenir au traitement du myxœdème, mais non à celui de l'obésité dans ses formes bénignes.

D'ailleurs, la cure de l'obésité ne réclame pas ces moyens dangereux ; nous possédons des moyens de la traiter sans faire courir aucun danger aux patients. L. D.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU BLEU DE MÉTHYLÈNE.

Le prof. Lemoine s'est servi avec succès du bleu de méthylène dans plusieurs affections rebelles, en général, à la thérapeutique.

Il faut citer d'abord les *névralgies* et plus encore les *névrites*, où les résultats sont presque toujours rapides et satisfaisants.

Ainsi, un nombre considérable de cas de *sciatique* a été traité, par lui et par d'autres, avec succès ; le bleu de méthylène amène la disparition rapide des douleurs chez les 4/5es des malades et, chose curieuse, c'est surtout dans les cas graves, ceux où il existe une altération notable du nerf, qu'il agit le mieux.

Des *migraines* tenaces, récidivantes et extrêmement douloureuses ont été guéries en quelques heures, et dans ces cas l'effet de la médication fut durable. Des résultats satisfaisants ont été également obtenus dans les *névralgies du nerf trijumeau*, où l'on fait ingérer le remède à raison de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 par jour, suivant le degré de la douleur, dans deux cas de *zona*, où les douleurs vives cessèrent en l'espace de 6 jours, à la suite de l'administration de 0 gr. 30 de bleu de méthylène par jour ; fait à noter, les vésicules d'herpès se dessséchèrent rapidement.

En général, le bleu de méthylène agit plus sûrement que l'antipyrine, surtout contre la douleur ; en outre, il n'irrite pas le rein, s'élimine facilement, et son action paraît plus active, réussissant dans des cas de migraine, où l'antipyrine avait échoué. Cependant ce médicament présente le grand inconvénient de teinter les urines en bleu. En

un mot, en le comparant à l'antipyrine, on constate que pris par la bouche, à moindre dose, il est aussi actif qu'elle, et qu'en injection sous-cutanée il cause moins de douleur locale et agit plus vite. Enfin il coûte moins cher.

Le dr Lemoine a aussi employé le bleu de méthylène à la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 par jour, dans 7 cas de *rhumatisme articulaire*, sur lesquels il n'a constaté qu'un seul insuccès. L'action du médicament est au moins égale à celle du salicylate de soude; il semble même que le bleu de méthylène agit plus rapidement et amène plus facilement que le salicylate la chute de la transpiration et la disparition de la douleur. Même dans les formes tenaces et prolongées, il provoque vite de l'amélioration.

Le remède trouve encore son indication dans le *tabes*. On observe dans cette affection deux genres de douleurs : les douleurs fulgurantes, qui ont surtout pour siège les membres, et les douleurs viscérales. Pour les premières, on n'a pas obtenu d'effet très marqué, mais dans les crises gastriques on a presque toujours observé d'excellents résultats.

Dans les cas de tabes à douleurs viscérales, on donne le médicament à raison de 0 gr. 50 à 1 gramme par 24 heures, durant deux ou trois jours, puis on cesse la médication pour la reprendre 48 heures après; non seulement le remède fait presque toujours disparaître ces douleurs, mais il exerce souvent une action heureuse sur la locomotion, qu'il rend plus assurée.

Quelques faits ont amené l'auteur à croire également que le remède est très efficace dans les *pseudo-angines de poitrine* de nature hystérique, mais qu'il agit aussi dans l'*angine grave* due à des troubles circulatoires.

Enfin, dans un cas de *diabète*, où les urines contenaient 85 grammes de sucre par litre, on fit ingérer du bleu de méthylène à raison de 0 gr. 35 par jour; en 8 jours, le sucre était descendu à 12 grammes par litre; huit jours après, nouveau dosage où la quantité de sucre oscillait entre 8 et 12 grammes, et cela sans modification du régime alimentaire; le médicament avait donc agi seul. Le malade ayant été soumis au régime anti-diabétique, le sucre disparut complètement au bout d'une semaine.

Jamais on n'a remarqué d'inconvénients, dus à l'emploi du bleu de méthylène, mais à condition de l'employer chimiquement pur, débarrassé des sels de zinc qu'il contient fréquemment. Le bleu impur provoque souvent de la cystite. L. D.

—

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DU GARGARISME.

Dans le but de savoir si les liquides médicamenteux, employés en gargarismes, arrivent à baigner les amygdales, le dr Sänger a fait les expériences suivantes :

Avec un tampon d'ouate enroulé autour d'une sonde et trempé dans de l'eau, puis dans du bleu de méthyle, il tamponna les amygdales d'un malade présentant une angine et lui dit ensuite de se gargariser avec de l'eau pure. Or, toutes les fois que cette expérience fut faite, l'eau du gargarisme, que le malade crachait dans un vase, restait claire et ne contenait pas trace de bleu de méthylène. Si l'on examinait ensuite la bouche du patient, on trouvait les amygdales et la paroi postérieure du pharynx colorées en bleu. Il est évident que l'eau du gargarisme n'avait pas touché les amygdales, car, autrement, elle aurait dû ressortir colorée fortement en bleu. Ce qui le prouve, c'est que si, au lieu de toucher les amygdales avec le tampon chargé de bleu de méthylène, on touchait la partie postérieure de la langue et le voile du palais, l'eau du gargarisme était colorée très fortement en bleu.

Dans quelques cas, pourtant, où l'on touchait les amygdales avec le bleu de méthylène, l'eau du gargarisme sortait colorée en bleu, mais en bleu très pâle. Ce résultat n'infirme en rien les expériences précédentes et s'explique de la façon suivante : pendant l'acte de se gargariser, l'air de l'expiration, en passant violemment sur les amygdales, en arrache du mucus chargé de bleu de méthylène, qui se dépose sur la face inférieure du voile du palais; c'est ce mucus qui, en se mélangeant avec l'eau du gargarisme, lui donne la coloration bleue pâle. L'auteur a pu confirmer expérimentalement ce mécanisme en touchant les amygdales avec du bleu de méthylène et en disant au malade de se gargariser à sec.

Au lieu de toucher les amygdales avec du bleu de méthylène, l'auteur a ensuite saupoudré les amygdales, la langue et le voile du palais avec de l'amidon en disant au malade de se gargariser avec une solution iodo-iodurée dans de l'eau glycérinée. Ici encore, la coloration bleue classique apparaissait sur la langue et le voile du palais, tandis que la poudre déposée sur les amygdales restait blanche.

Ces expériences montrent donc que, dans l'énorme majorité des cas, le liquide du gargarisme ne parvient pas jusqu'aux amygdales.

Comme conclusion à ses expériences, l'auteur conseille de *remplacer, daus les angines, le gargarisme par les attouchements directs des amygdales avec les liquides médicamenteux*. L. D.

—

POMMADES PRÉSENTANT LA COULEUR DE LA PEAU.

Le dr Unna désigne sous le nom de pulvis cuticolor une préparation qui, depuis de longues années, lui sert pour traiter les dermatoses qui siègent sur la face et font le désespoir des patients. Grâce à cette formule, l'effection cutanée passe inaperçue, ce qui assure la persévérance des malades. Ces derniers abandonnent, en effet, bien vite tout traitement des dermatoses exposées à la vue, si les topiques sont facilement visibles. Voici la formule de la *pulvis cuticulor* d'Unna :

Oxyde de zinc	2	grammes
Carbonate de magnésie	2	—
Bol blanc	3	—
Bol rouge	2	—
Fécule de riz	10	—

Us. ext.

Cette préparation rend de grands services dans l'eczéma séborrhéique du visage, l'acné rosacea et l'hyperidrose huileuse.

Il ne faudrait pas croire que cette formule soit la seule possible, car plusieurs mélanges de blanc, de rouge et de jaune (ou brun) peuvent être étudiés à cet égard. On recommandera comme blanc : l'oxyde de zinc, la céruse ou l'oxychlorure de bismuth ; comme jaune, l'ichthyol ou l'ocre blanche (qui est jaune), et pour les bruns, l'ocre brune ; et comme rouge, le vermillon, le bol rouge, et plus rarement le carmin.

La calamine, carbonate de zinc impur, très employée en Angleterre, mérite toute l'attention des dermatologues à ce point de vue, car elle présente une action thérapeutique marquée, et une teinte qui se rapproche beaucoup de celle de la peau.

Dans le même ordre d'idées, le dr Rausch a proposé une série de formules, légèrement modifiées, de préparations usuelles, qui permettent de soigner les dermatoses de la face sans que l'attention soit attirée par des colorations heurtées.

Il a fait choix de l'éosine à la suite de nombreux essais : cette substance, d'un rouge magnifique tirant un peu sur le jaune, n'est absolument pas irritante. Il est en général préférable, pour obtenir la teinte rouge, de marier l'éosine au bol rouge d'Arménie. En combinant les deux substances, on arrive à des résultats qu'il est impossible d'atteindre si l'on s'en tient à un seul de ces produits.

Pour les formules avec ichthyol, la quantité d'éosine varie dans des proportions nettement définies suivant la proportion d'ichthyol

contenue dans le topique : si cette dernière dépasse 5 p. c., on n'obtient plus de résultat satisfaisant.

Nous donnons les deux formules extrêmes :

Ichthyol	40 centigrammes
Pâte de zinc	40 grammes
Solution d'éosine à 1/500	XVI gouttes

Us. ext.

Ichthyol	2 grammes
Pâte de zinc	40 grammes
Solution d'éosine à 1/0	XII gouttes

Us. ext.

Pour les préparations renfermant des sels de zinc, telle que la colle de zinc, voici une des formules proposées par l'auteur :

Bol rouge	0 gr. 3
Solution d'éosine à 1/500	3 gr. 5
Eau distillée	50 grammes
Gélatine	15 —
Glycérine	10 —
Oxyde de zinc	25 —

Us. ext. L. D.

—

TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE PAR L'ALLONGEMENT NON SANGLANT DU NERF.

Cette méthode de traitement sur laquelle le dr Bucelli appelle l'attention aurait été proposée tout d'abord par le dr Bonuzzi.

Elle consiste à faire étendre le malade sur un plan horizontal. Ceci fait, un aide tient la partie supérieure du tronc, puis, le membre inférieur se trouvant dans l'extension, le médecin prend le pied et le relève lentement en fléchissant le membre sur le tronc autant qu'il est possible.

Sur 32 cas traités par la distension forcée, 5 ne ressentirent pas d'amélioration notable, 17 furent guéris complètement, 10 nenfin furet très améliorés, mais la guérison complète ne put être obtenue.

En résumé, cette méthode, qui est d'une grande simplicité d'application, paraît être assez efficace dans les cas de sciatique simple, c'est-à-dire dans la forme névralgique pure, sans névrite; elle est au surplus d'une innocuité parfaite. L. D.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 29 *avril* 1899.

M. Hubert informe l'Académie que, ayant reçu une lettre de M. le Secrétaire lui rappelant que, comme successeur de feu M. Hairion, il avait à rédiger l'éloge de ce membre, il se trouve perplexe et désire saisir la Compagnie de la question qu'elle soulève. Il a consacré à son illustre prédécesseur et cher maître une étude biographique dans la *Revue Médicale* et dans l'*Annuaire de l'Université*. A l'Académie M. Warlomont sans prévenir M. Hubert, s'est chargé de prononcer l'éloge de M. Hairion. Dans ces conditions, il demande à l'Académie de décider ce qu'elle désire qu'il fasse.

— M. Masoin estime que la question ne doit pas occuper l'Académie en séance publique, mais être traitée avec le Bureau ou le Secrétariat.

1. Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner la proposition de M. Rommelaere, relative à l'élaboration d'une pharmacopée internationale. — M. Rommelaere, Rapporteur.

La proposition que M. Rommelaere a déposée à la séance du 29 octobre 1898, et qui a été renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Depaire, Masius, Rommelaere, Van Bastelaer et Vanden Corput, est conçue dans les termes suivants : « L'Académie royale de médecine de Belgique demande au Gouvernement d'entreprendre des négociations avec les gouvernements étrangers, en vue d'élaborer une pharmacopée internationale. »

Les gouvernements des différents pays ont assumé la tâche de publier des pharmacopées officielles qui indiquent le mode de préparation et de conservation des médicaments; c'est conformément aux principes qu'elles formulent que les prescriptions des médecins sont exécutées.

Le caractère national de ces codes pharmaceutiques restreint leur action dans les limites du pays et comme les règles qu'ils prescrivent varient d'un pays à un autre, une même prescription médicale est exécutée d'une manière différente suivant le pays où le malade la fait préparer.

Cette situation ne présente pas d'inconvénients quand il s'agit de substances dont l'activité est restreinte. Mais elle constitue un danger, dont nous avons eu l'occasion, dit le Rapporteur, de constater la réalité, quand le médicament prescrit rentre dans la catégorie des médicaments héroïques.

Ce danger disparaîtrait si une entente internationale assurait une composition constante et par suite une activité égale aux agents héroïques portant une même dénomination.

Une première question se pose dans les termes suivants : Les écarts qui existent dans les différentes pharmacopées entre une préparation

formulée en termes identiques, sont-ils assez importants pour constituer un danger?

C'est le point principal sur lequel il convient de renseigner les gouvernements qui n'agiront que s'ils sont convaincus de l'utilité de la mesure que nous leur soumettons. Pour leur édification, la Rapporteur transcrit en tableau le mode de préparation de vingt substances actives à usage courant, tel qu'il est formulé dans sept pharmacopées européennes, tableau qu'il doit à l'obligeance de M. le professeur Herlant.

Deux faits principaux se dégagent de ce tableau, d'abord l'écart considérable entre l'activité d'un médicament connu sous une même dénomination suivant que ce médicament est préparé à Bruxelles, à Paris, à Berlin, à Londres ou ailleurs; ensuite l'absence de toute mention de tel médicament actif dans certaines pharmacopées, alors qu'il figure dans celle des autres pays. Ces deux faits exposent à des dangers et l'utilité d'une intervention internationale paraît justifiée.

« Une seconde question appelle notre attention sur la manière de réaliser le progrès que nous avons en vue, dit M. Rommelaere.

» Disons-le tout d'abord : nous ne demandons pas la refonte complète des pharmacopées pour les ramener toutes à une même formule. On peut, sans inconvénient, maintenir les pharmacopées nationales pour la plupart des substances médicamenteuses; on rencontre parmi elles un nombre d'agents auxquels les médecins recourent depuis plusieurs générations, qui font partie des mœurs médicales locales et qui, fort souvent, sont plus particulièrement employées dans certains pays que dans d'autres. Il y a lieu de les maintenir; qu'il y ait quelques différences de poids ou de mesure dans les proportions des ingrédients que l'on associe, il n'y a pas de mal à craindre.

» Il en est tout autrement pour les substances dangereuses, héroïques, qui sont presque toutes toxiques et à propos desquelles une différence de proportion, insignifiante en apparence, peut entraîner des dangers mortels.

» C'est uniquement pour celles-là que la nécessité d'un accord international existe; quoique renouvelée sous la même dénomination, la préparation qui sera faite à l'étranger diminuera ou augmentera plus ou moins l'activité du moyen.

» L'entente entre les gouvernements, ainsi limitée aux prescriptions des médicaments héroïques, n'est pas de nature à rencontrer des difficultés pratiques. Elle se bornerait à la publication d'une annexe que l'on insérerait dans toutes les pharmacopées nationales et qui indiquerait pour les médicaments héroïques un mode de préparation uniforme pour tous les pays. »

M. Rommelaere complète le rapport de la Commission par quelques considérations historiques sur la constitution des pharmacopées.

Il indique que divers Congrès médicaux et pharmaceutiques, qui se sont succédés depuis 1875, ont porté à leur ordre du jour la question de la création d'une pharmacopée internationale; ils ont tous émis une opinion favorable sur cette proposition.

« Nous avons donc l'honneur, dit le Rapporteur, de solliciter de

notre Gouvernement qu'il prenne l'initiative auprès des autres Etats pour réaliser un progrès et prévenir des dangers. Aujourd'hui le mouvement s'accentue et la nécessité d'étendre la zone d'influence d'une pharmacopée hors des limites d'un pays a été reconnue par le gouvernement anglais...

» C'est la première tentative gouvernementale faite dans cette voie et cette intervention nous donne l'espoir de voir mettre fin à cette situation étrange qui modifie d'un pays à un autre la composition d'un médicament qui porte une dénomination unique. »

— M. Heymans voudrait que, dans la demande à faire au Gouvernement, on modifiât la rédaction de la proposition en ce sens qu'il soit question, non de formuler une pharmacopée internationale totale, mais une pharmacopée internationale ne comprenant que l'indication des médicaments héroïques. Il estime que c'est surtout pour les médicaments héroïques que la nécessité d'un accord international s'impose.

— M. Rommelaere constate que cette nécessité est indiquée dans son projet de rapport.

— M. Heymans demande que cette spécification soit plus nettement exprimée.

— M. Depaire rappelle que, dès la première séance tenue par la Commission, M. Rommelaere, à la suite d'une observation de sa part, a stipulé qu'il n'entendait demander pour la formation de la pharmacopée internationale que l'application des médications héroïques. Il lui semble qu'il y a accord unanime sur ce point.

— M. Rommelaere répète qu'il y a lieu de maintenir les pharmacopées nationales; mais qu'il y a lieu aussi de prendre des mesures lorsqu'il s'agit de substances dangereuses.

— M. Masoin pense que la proposition déposée le 29 octobre 1898 par M. Rommelaere prête à confusion et estime que M. Heymans a raison de faire des restrictions. En effet, il ne s'agit pas d'élaborer une pharmacopée internationale touchant toutes les substances, mais de rédiger un texte n'ayant en vue que les médicaments dangereux.

— M. Rommelaere a, dit-il, formulé cette pensée dans le corps de son rapport.

— Après un nouvel échange d'observations l'amendement de M. Heymans, repris par M. Masoin, est rejeté, et la proposition de M. Rommelaere est adoptée.

2. Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du travail manuscrit soumis à l'Académie par M.W. Dulière, inspecteur des pharmacies, à Namur, intitulé : *Contribution à l'étude de l'huile de croton*. — M. Blas, Rapporteur.

Le but de l'auteur a été d'établir sur des bases scientifiques nouvelles les propriétés physiques et chimiques de l'huile de croton et de trouver des moyens plus précis que ceux actuellement employés pour vérifier la pureté de cette huile. Sous ces rapports, nos connaissances, dit M. Blas, laissent en effet beaucoup à désirer, bien qu'il s'agisse d'un médicament très ancien et doué de propriétés thérapeutiques énergiques.

Pour réaliser ces desiderata, M. Dulière a d'abord préparé lui-même, en suivant exactement les prescriptions de la pharmacopée, une huile officinale type; puis il a modifié ce procédé en plusieurs sens et a obtenu ainsi une série de préparations spéciales, enfin, il s'est procuré plusieurs huiles de croton dans le commerce pharmaceutique. Ces différentes sortes d'huiles (en tout 24 échantillons, y compris divers mélanges) ont été contrôlées et comparées en les soumettant aux essais en usage jusqu'ici; puis on y a appliqué les méthodes nouvelles d'investigation. Parmi les observations qui se rattachent aux propriétés physiques, mentionnons notamment celle de la solubilité dans l'alcool, et quant aux propriétés chimiques étudiées, il faut remarquer particulièrement celle relative à l'indice d'acétyle. De nombreuses expériences sur cette matière, il résulte que la méthode d'acétylation de Benedikt n'est pas applicable aux huiles de croton, tandis que celle de Lukowitz, modifiée par M Dulière, fournit des résultats précieux : il s'établit une véritable constante chimique qui ne varie presque pas pour les huiles de croton malgré leurs grandes différences d'origine, tandis que pour d'autres huiles grasses, elle donne des écarts considérables. Ainsi, tandis que cet indice est de 38 en moyenne pour l'huile de croton, il est de 150 pour l'huile de ricin.

Cette méthode permet de doser des quantités relativement faibles de cette huile mélangées à l'huile de croton : or, c'est tout particulièrement l'huile de ricin qui est employée pour falsifier celle-ci.

Le travail que nous venons d'examiner, dit le Rapporteur, présente déjà *a priori* un grand intérêt à raison de la nature du sujet; mais ce qui le rend particulièrement digne d'attention, ce sont de nombreuses expériences personnelles et nouvelles, ainsi que les résultats obtenus.

La Commission propose : de voter l'impression au *Bulletin* du mémoire de M. Dulière; de lui adresser des remerciements, et, en considération de l'importance des travaux qu'il a déjà présentés à l'Académie, de le recommander à la Section lorsqu'elle dressera la liste des candidats au titre de Correspondant. — Adopté.

1. *Du trachome dans la Flandre orientale;* par M. Deneffe, Membre titulaire.

M. Deneffe expose l'état de l'ophtalmie granuleuse dans la Flandre orientale où cette maladie exerce encore de très grands ravages. Le Conseil provincial a décidé il y a deux ans de confier à deux médecins, MM. De Cock, à Saint-Nicolas, et De Naeyer, a Alost, le soin de s'occuper des granuleux de ces régions et de lui présenter un rapport sur l'état de l'épidémie dans ces localités.

En 1897, M. De Cock a soigné 1,154 granuleux et en a guéri 503; les autres restent en traitement. L'an dernier, il a rencontré 635 cas.

M. De Naeyer a donné ses soins à 256 personnes.

Il faut remarquer que ces chiffres se rapportent surtout aux enfants des écoles. Les adultes réclament peu les soins des médecins; ou ils ne se soignent pas, ou ils recourent à des moyens sans efficacité. La durée de la maladie dans de telles circonstances est indéfinie.

M. le dr Lestmans a soigné, dans le petit village de Eyne, près d'Audenarde, en 1897 et en 1898, 77 cas de granulations.

Deux médecins aliénistes de Gand, MM. Duchâteau et De Moor, signalent que dans les salles de leurs établissements, où sont admis les pauvres, on compte 6 à 7 p. c. de granuleux.

Quant à la ville de Gand elle-même, des rapports précédents ont exposé combien la population ouvrière est infectée de cette maladie.

— M. Mœller proteste, au nom de la Commission médicale du Brabant, contre les reproches contenus dans le travail que M. Deneffe vient de lire. Cette Commission a adressé, il y a quatre ans, des demandes de renseignements, non seulement à ses correspondants, mais à dix oculiste dont trois ont répondu.

— M. Schrevens dit qu'à Tournai tous les oculistes ont répondu.

— M. Deneffe n'a pas cité Tournai et n'insiste pas en ce qui concerne le Brabant, bien qu'il n'ait pas trouvé de renseignements. A Anvers, un seul oculistes a été consulté.

— M. Desguin répond qu'il en a été ainsi pour le dernier rapport, mais pas pour le rapport antérieur.

2. *L'origine des premières cellules sanguines et des premiers vais seaux sanguins dans l'aire vasculaire de chauve-souris*; par M. Van der Stricht, Correspondant.

La première ébauche de l'aire vasculaire apparaît chez l'embryon d'abord à la partie postérieure de l'aire opaque, sous forme d'épaississement de la partie périphérique du mésoblaste. Cet épaississement s'étend ensuite à la région antérieure de l'aire opaque. Au début, cet épaississement se présente sous forme d'îlots séparés, mais bientôt à la suite de leur fusion, il en résulte une bordure marginale continue.

Au sein de cette bordure marginale sanguine, apparaissent les premiers capillaires sanguins sous forme de cordons pleins, entourés d'une paroi endothéliale mince, d'origine métoblastique. Les cellules circonscrites par cette paroi correspondent aux premières cellules du sang.

D'autres capillaires apparaissent en même temps au niveau de l'aire vasculaire sous forme d'espaces ou de lacunes, renfermant un liquide clair, élaboré par le feuillet interne, le plasma sanguin. Les cellules mésoblastiques prolifèrent dans ces lacunes, les entourent et engendrent la paroi endothéliale de nouveaux capillaires.

Les cellules sanguines des capillaires pleins tombent dans les capillaires creux et fournissent ainsi les premiers éléments morphologiques libres du sang. Le plasma sanguin pénètre dans les cordons pleins. et y met en liberté de nouveaux globules sanguins. Il étend de cette manière la circulation aux capillaires pleins.

L'hypoblaste doit être considéré comme un feuillet glandulaire dès son origine, contribuant d'un côté à la formation du liquide contenu dans la cavité blastodermique, et fournissant du côté du feuillet moyen des matériaux de nutrition pour le feuillet moyen et surtout pour les parties constituantes du sang.

— Les communications de MM. Deneffe et Van der Stricht seront insérées dans le *Bulletin*.

VARIÉTÉS.

—

Faux cardiaques par pouls instable et service militaire. Les affections du cœur constituent une des grandes causes d'exemption.

En parcourant le compte-rendu du recrutement de l'armée française, on voit qu'en 1888, sur 33.282 conscrits ajournés, 1097 l'ont été pour des affections du cœur. Malgré cette première élimination, 2839 soldats sont entrés cette même année dans les hôpitaux militaires pour des maladies du cœur.

Ces chiffres montrent quel soin le médecin militaire, attaché à un conseil de révision, doit apporter à l'examen des conscrits. D'une part, il doit impitoyablement éliminer de l'armée les jeunes gens atteints d'une affection du cœur; de l'autre, il ne doit pas se laisser abuser par des symptômes pouvant faire conclure à une affection du cœur, alors que ce dernier n'est pas lésé.

Le dr Chevron étudie en particulier parmi ces symptômes trompeurs les souffles extracardiaques, les pseudo-hypertrophies cardiaques de la croissance et les cardiopathies réflexes.

On sait que les cardiopathies réflexes peuvent avoir leur point de départ dans le foie, l'intestin, mais surtout dans l'estomac, et que ce sont surtout des affections superficielles, telles que la dyspepsie, qui les provoquent.

Cet état se manifeste alors par des accès d'oppression, état pseudo-angineux souvent confondu avec la véritable angine de poitrine; par des palpitations, et par des modifications dans l'état du pouls. Ce sont ces dernières qui sont peut-être le plus souvent causes d'erreurs parce qu'elles sont moins connues. Elles consistent surtout dans des intermittences et dans ce que Huchard a appelé le pouls instable.

Les intermittences, il faut bien le savoir, peuvent, comme les palpitations, exister pendant un très grand nombre d'années en dehors de toute affection cardiaque. Les causes de ces intermittences sont le plus souvent des troubles digestifs; on les trouve surtout chez les gens qui ont un régime trop copieux ou qui mangent trop vite, ainsi que chez ceux qui font abus du thé, du café ou du tabac.

Le caractère important du pouls signalé par Huchard sous le nom de *pouls instable* consiste en ceci : les pulsations s'accélèrent rapidement et d'une façon exagérée sous l'influence du moindre mouvement et même seulement par l'action de se porter de la position horizontale à la position verticale. C'est là évidemment un symptôme d'hypotension artérielle et quelquefois même celle-ci peut être assez accusée pour produire le phénomène de l'embryocardie.

Ce pouls instable s'observe non-seulement dans le cours de la grippe ou longtemps encore après elle, mais encore dans la convalescence des maladies graves, comme la fièvre typhoïde, dans tous les états adynamiques, dans la chlorose, le goître exophtalmique et surtout dans une forme de neurasthénie caractérisée par un abaisseme plus ou moins considérable de la pression sanguine.

L'écart physiologique entre le nombre des pulsations dans la position horizontale et celui des pulsations dans la station verticale (6 à 10) peut atteindre un chiffre très élevé comme 15, 20, 30 et même 40 pulsations.

Un neurasthénique cité par le dr Chevron ne pouvait se tenir debout en raison de la grande accélération du pouls survenant par le passage de la position couchée à la station verticale (90 à 130 et même 140 pulsations).

L'état d'instabilité du pouls, effet d'une réelle parésie vaso-motrice qu'on observe dans certaines convalescences de maladies infectieuses, finit par disparaître en quelques semaines ou en quelques mois; d'autres fois cette instabilité persiste pendant plusieurs années et c'est alors que certains de ces malades sont exemptés et à tort du service militaire comme atteints d'une affection du cœur, alors que ce dernier organe est absolument indemne.

Ce pouls instable est justiciable d'un traitement rationnel. Survenant le plus souvent dans la neurasthénie, c'est cette maladie qu'il faudra traiter par l'hydrothérapie, sous toutes ses formes, la vie au grand air, plus tard des exercices gradués. Quant à l'hypotension artérielle, elle sera combattue par des injections d'ergotine.

L. D.

—

De la thérapeutique suggestive. Du train dont on va, il ne restera bientôt plus à l'actif de l'hypnotisme que l'influence bienfaisante, qu'il a mise en relief, de la thérapeutique suggestive.

Le rôle de celle-ci dans le domaine des troubles fonctionnels du corps traités jusqu'ici par le massage, par l'hydrothérapie, et aussi par l'électrothérapie, dont Bernheim et Mœbius ont montré récemment l'action suggestive, mérite d'être signalé.

Comme le dit le dr Forel, la suggestion peut être employée comme moyen de traitement, dans les cas où les troubles sont susceptibles d'être actionnés et régularisés par le cerveau, agissant sur les centres nerveux inférieurs troublés à la suite d'émotions, de maladies, de mauvaises habitudes. Parmi les cas où ce moyen d'action peut être utilisé, il faut citer : les troubles de la digestion, de la miction, de la défécation; les troubles du sommeil, de la nutrition, des organes génitaux, les troubles sexuels, les troubles fonctionnels du cœur, de la respiration, de la parole, le mal de mer, etc Dans tous ces cas, le rôle de la suggestion peut être curatif.

Dans d'autres cas, elle exercera une action palliative en procurant du sommeil dans les fièvres, en mettant en jeu les neurones inactifs, par pression ou contre-coup, dans les apoplexies.

La thérapeutique suggestive a encore une autre importance : lorsque l'effet suggestif n'est que passager, que la douleur par exemple reparaît, il faut songer à l'existence d'une lésion organique. Les effets de la suggestion sont donc réels : trop souvent on l'emploie quand on ne sait plus que faire, alors qu'elle aurait rendu des services dans des états qui tourmentent les malades depuis fort longtemps.

L. D.

—

Des rapports qui existent entre l'utérus gravide et son contenu. L'utérus est orienté de telle sorte que, par une torsion bien connue, sa face antérieure regarde en avant et à droite. Dans cet utérus ainsi orienté, le placenta s'insère sur une des faces. Sur 70 cas, 38 fois il a été trouvé sur la face antérieure de l'utérus, 26 fois sur la face postérieure, 6 fois sur le bord droit. Le placenta coudoie le fœtus, c'est-à-dire que sur 68 cas, 62 fois il est en rapport avec un des plans latéraux du fœtus.

D'où le dr A. Fournier énonce cette loi : « Le placenta étant inséré sur une des faces de l'utérus, à une des extrémités de l'axe antéro-postérieur de l'utérus, à l'une des extrémités du diamètre oblique droit du bassin, et en contact avec un plan latéral du fœtus, la position du fœtus s'en trouve déduite ». Cette position du fœtus est, en effet, G. A. ou D. P.

En outre, le placenta s'insère dans l'utérus, du côté où la femme se couche, dans l'endroit de la cavité utérine qui reste déclive pendant le décubitus du sommeil de la mère.

Sur 55 femmes ayant répondu avec précision à ce sujet, 39 se couchaient sur le côté droit et 30 fois le placenta occupait la face antérieure et le bord droit, 16 se couchaient sur le côté gauche et 12 fois leur placenta s'insérait sur la face postérieure de l'utérus.

—

A propos de l'accouchement gémellaire. Le premier enfant né, pratiquer immédiatement la section entre deux ligatures. La double ligature du cordon s'impose à cause de la possibilité d'une communication entre les circulations des deux fœtus, comme cela a lieu dans la grossesse gémellaire univitelline. Dans ce cas, l'absence de ligature du bout placentaire du cordon entraînerait fatalement une hémorrhagie du second enfant et sa mort.

En ce qui concerne le sexe des jumeaux, se rappeler que, dans les grossesses univitellines, les enfants sont toujours du même sexe, tandis que, dans les bivitellines, ils sont ou de même sexe ou de sexe différent. Du reste, d'une façon générale, les fœtus sont de même sexe dans un tiers des cas environ, tandis qu'ils sont de sexe différent dans les deux tiers des cas, avec proportion égale de garçons et de filles.

Une petite précaution, qui n'est pas sans importance au point de vue légal, consiste à marquer le premier enfant qui vient de naître d'un signe quelconque, afin de pouvoir le reconnaître, car, contrairement à une opinion assez répandue dans le public, c'est bien le premier jumeau qui naît qui est l'aîné.

—

Absence congénitale de l'appareil urinaire. Le dr Hochsinger a rapporté l'observation d'un enfant du sexe féminin qui, né à terme et bien développé, succomba sans cause apparente au bout d'une demi-heure. A l'autopsie on ne trouva ni reins, ni uretères, ni vessie ; l'urètre ne formait qu'une petite dépression ; les organes génitaux étaient normaux. Pendant l'accouchement il ne s'était pas écoulé une goutte de liquide amniotique. A noter une luxation congénitale des hanches et des pieds-bots.

Quelques observations analogues ont été rapportées.

On serait ainsi autorisé à conclure : 1° que l'appareil urinaire n'est nullement indispensable au développement de l'enfant pendant la vie fœtale, mais que son absence est incompatible avec la vie aussitôt après la naissance ; 2° que le liquide amniotique résulte, au moins à la fin de la vie fœtale, en grande partie de la sécrétion urinaire ; 3° que les déformations des membres sont en relation étiologique avec la compression du fœtus.

—

Influence de l'alimentation sur le début de la marche de l'enfant. Le dr Chaumier, à l'aide de 1220 observations d'enfants élevés, soit au sein, soit au biberon, a voulu montrer l'influence que peut avoir l'alimentation sur la précocité de la marche de l'enfant ; ainsi, telle est la proportion pour 100 d'enfants qui marchent.

	Enfants nourris au sein.	*Enfants nourris au biberon.*
A 10 mois	12,7	5,6
A 11 mois	21	12
A 1 an	39,9	22
A 13 mois	52	31
A 15 mois	76	52,8
A 2 ans	97,8	91,7

—

Mortalité des enfants. D'après une statistique citée par le dr Marfan, au début de son ouvrage sur l'allaitement, sur 1000 enfants qui naissent, il en meurt environ 200 dans la première année, 80 dans la deuxième, 40 dans la troisième, 25 dans la quatrième.

La mortalité des adultes de 40 ans est de 11 pour 1000 et la mortalité générale de 25 pour 1000.

Suivant la remarque de Bertillon, la mortalité des enfants dans la première année égale celle des vieillards qui ont atteint ou dépassé quatre-vingts ans.

Les troublés digestifs sont la principale cause de l'énorme mortalité de la première année ; pour ne citer qu'un exemple, les enfants de moins d'un an qui ont succombé en 1891 à une affection de l'appareil digestif formaient 96 p. c. du contingent mortuaire. Si on ajoute que les nourrissons qui, sont frappés sérieusement et qui ne meurent pas, gardent souvent un appareil digestif débile cause, de l'état dyspeptique de l adolescence et de l'âge adulte, on voit l'intérêt général de l'alimentation du premier âge. L. D.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Du choix à faire entre le mercure et l'iodure de potassium.

Il est généralement admis que nous possédons contre la syphilis deux agents thérapeutiques de premier ordre, deux remèdes, comme on dit, spécifiques, le mercure et l'iode; remarquons en passant que l'un et l'autre se placent au premier rang des substances antiseptiques, et que cette particularité, à elle seule, suffirait à faire soupçonner l'origine parasitaire de la maladie.

Pendant des siècles, c'est-à-dire depuis l'année 1495 jusqu'à une époque relativement récente, le mercure fut administré seul, et en 1838, dans son Traité pratique des maladies vénériennes, Ricord ne fait encore aucune mention de l'iodure de potassium; c'est en 1836 que Wallace, le premier, conseilla l'emploi de cette substance dans la syphilis.

Le nouveau remède trouva rapidement du crédit; il fut même pendant quelque temps substitué complètement au mercure, à toutes les périodes de la maladie, mais on revint vite de cette erreur.

« Pour moi, dit Fournier, après avoir essayé autrefois et pour un temps du traitement exclusif par l'iodure, ma conviction est faite et bien faite à son endroit. Je m'accuse et me repens de ce péché de jeunesse, car l'expérience m'a appris à considérer le traitement en question comme insuffisant et périlleux à divers titres. »

En effet, l'expérience a consacré un fait qui n'est plus discuté ni discutable aujourd'hui, à savoir : que l'iodure n'exerce qu'une influence médiocre, sinon nulle, sur la plupart des accidents survenant dans les premiers temps de la maladie, telles que les formes sèches des syphilides, les plaques muqueuses, l'alopécie, tandis qu'il exerce une influence très active et très rapide sur les accidents qui d'habitude surviennent à une époque tardive de la maladie, telles que les syphilides ulcéreuses et les manifestations osseuses ou viscérales.

On est arrivé ainsi à dire que le mercure est le spécifique de la période secondaire, et l'iodure le spécifique de la période tertiaire.

Telle est l'opinion courante, le précepte classique, pour ainsi dire, celui qui, actuellement encore, dirige la conduite de la grande majorité des praticiens; or, il y a lieu de modifier ce précepte ainsi formulé d'une manière absolue.

Depuis quelque temps, tous les efforts sont combinés en quelque sorte pour déposséder l'iodure de potassium de son rang de spécifique de la syphilis.

A coup sûr, il n'est pas indispensable au traitement.

« Que le mercure puisse suffire au traitement de la syphilis, c'est-à-dire, guérir les accidents actuels et sauvegarder l'avenir, cela n'est pas douteux, écrit Fournier. Cela nous le savons par expérience séculaire. Nos aïeux n'avaient pas l'iodure et cependant ils guérissaient la syphilis. Ils la guérissaient plus péniblement que nous et surtout moins rapidement dans ses manifestations tertiaires, mais enfin ils en venaient à bout. Les exemples non plus ne manqueraient pas de nos jours pour attester le même fait. Car, il n'est pas rare, parmi nous, que certains malades pour une raison ou pour une autre, ne soient traités que par le mercure, et cependant ils guérissent. A titre de spécimen, je pourrais citer l'histoire d'une vingtaine pour le moins de mes malades, à qui il m'a été impossible, littéralement impossible, de faire tolérer l'iodure, et chez lesquels la syphilis, exclusivement traitée par le mercure, est restée inoffensive de vieille date jusqu'à ce jour. »

Mais, si Fournier ne se passe de l'iodure que dans les cas où il n'est pas toléré, d'autres cliniciens sont tout disposés à s'en passer systématiquement.

« Dans l'état actuel de nos connaissances, dit Barthélémy, il n'y a pas d'autre agent spécifique que le mercure. Pour ma part, j'ai des malades syphilitiques depuis plus de dix ans, qui n'ont pas pris un gramme d'iodure. L'iodure est un précieux médicament, mais infiniment moins actif, presque secondaire, dans la syphilis, comparativement au mercure. »

« Le seul moyen thérapeutique véritablement spécifique contre la syphilis, dit de son côté Smirnoff, c'est le mercure. L'iode, les bains sulfureux et tous les autres moyens préconisés dans le traitement ne

peuvent être que des adjuvants. D'où il résulte que, dans aucune période, soit primaire, soit secondaire, soit enfin tertiaire, on ne saurait compter sur la guérison de la maladie sans le mercure. »

Ce qui est certain et ce qui enlève de sa valeur à l'iodure, c'est que, s'il guérit très bien certaines manifestations, il ne possède aucune action préventive, immédiate ou éloignée, sur les manifestations ultérieures ; il serait, en un mot, complètement dépourvu de cette influence modificatrice sur l'évolution de la maladie que la plupart attribuent au mercure.

Chez les sujets traités exclusivement par l'iodure, a observé Fournier, les poussées secondaires se produisent et se reproduisent à peu près comme si l'on ne faisait rien.

Il tient également pour démontré que les malades traités de la sorte aboutissent à des manifestations tertiaires, dans une proportion bien supérieure à ce qu'on observe usuellement à la suite du traitement mercuriel.

Il résulte de tout cela que, contrairement à l'opinion de bon nombre de praticiens, il n'est nullement indifférent de choisir l'un ou l'autre des deux grands remèdes dont l'action antisyphilitique est consacrée par l'expérience, qu'il ne faut pas tenir compte, par exemple, à cet égard des préférences ou des antipathies des malades.

Le mercure exerce incontestablement sur la maladie une action plus profonde et plus durable que l'iodure ; il guérit mieux, au sens précis du mot.

Nous pouvons donc dire qu'*il n'y a qu'un seul remède héroïque, véritablement spécifique de la syphilis, le mercure ;* et partant, que *le mercure doit former la base du traitement à toutes les périodes de la maladie.*

Gardons-nous toutefois de renoncer à l'iodure, qui rend en l'espèce de précieux services ; seulement, au lieu de recourir à l'iodure seul dans les cas où il est indiqué, associons-le de préférence au mercure.

Vu l'état actuel de la question, il n'y aurait nul inconvénient à *substituer systématiquement le traitement mixte au traitement ioduré ;* la formule idéale du traitement moderne de la syphilis sera ainsi : le mercure à toutes les périodes de la maladie, mais en lui associant l'iodure à certains moments.

Il me reste à indiquer quelles sont les circonstances qui réclament cette association.

Inutile de réfuter l'opinion d'après laquelle la mercure et l'iodure seraient incompatibles, ou d'après laquelle ils devraient être donnés toujours successivement, l'iodure étant un éliminateur du mercure; il y a beau temps que la clinique a fait justice de ces erreurs : les deux remèdes font très bon ménage ensemble.

Indications du traitement mixte. — I. Pour suivre l'ordre chronologique, signalons en premier lieu *tous les phénomènes douloureux et pénibles qui se placent habituellement au début de la période secondaire.*

En effet, par un singulier contraste, l'iodure exerce une influence manifeste, une influence plus accentuée et plus rapide que le mercure sur ces phénomènes, tandis qu'il est pour ainsi dire inefficace contre les lésions éruptives de cette même période.

Le fait est généralement ignoré, ou bien, il n'en est tenu aucun compte dans la pratique; or, les malades subissent, du chef de cette ignorance ou de cet oubli, un véritable préjudice.

Le traitement par l'iodure de potassium a fait, effectivement, ses preuves dans la fièvre et la céphalalgie syphilitiques, dans les névralgies de même nature, dans les douleurs symptomatiques des exostoses, dans les myalgies, les arthralgies précoces, bref, dans toutes ces manifestations secondaires qui ne sont pas localisées à la peau et aux muqueuses.

Pour reprendre les principaux symptômes de ce groupe, signalons d'abord la *céphalée secondaire*, que l'iodure soulage et dissipe rapidement; « quand vous aurez, écrit Fournier, à combattre un mal de tête vespérin ou nocturne de l'étape secondaire, ne négligez jamais d'associer au mercure une petite dose d'iodure (environ un gramme par jour) car vos malades en retireront le plus utile profit. »

Puis, il y a les *névralgies secondaires*, soit qu'il s'agisse de véritables névralgies, soit qu'il s'agisse des douleurs vagues à apparence névralgique, qui sont si communes dans les premiers mois de l'infection ; puis, encore, *toutes les manifestations secondaires du système locomoteur* (os, articulations, muscles), à savoir les *périostites*, les *ostéalgies*, les *arthralgies*, les *myosalgies*.

II. Le traitement mixte est encore indiqué *au cours de la période secondaire dans les syphilis malignes précoces.*

Il ne faut pas s'imaginer en effet que les manifestations syphilitiques se succèdent toujours selon un type régulier et uniforme et que la physionomie de la maladie se modifie constamment avec l'âge, se caractérisant dans le premier âge, l'âge de jeunesse, par des manifestations légères et superficielles, et dans l'âge de maturité ou de vieillesse, par des lésions graves et profondes.

Il existe d'une part des cas où la syphilis tertiaire succède au chancre sans transition pour ainsi dire; c'est ce qu'on a appelé les syphilis malignes précoces; il va de soi qu'elles réclament l'iodure dès l'apparition des symptômes tertiaires.

D'autre part, il arrive que les manifestations les plus légères, les plus insignifiantes de la syphilis reparaissent à une époque très éloignée du début; c'est ainsi que des plaques muqueuses ou des syphilides sèches de la peau se rencontrent parfois au bout de 5, de 10 et même de 15 ans; ce serait commettre une erreur que de traiter ces manifestations par l'iodure, en se basant sur l'ancienneté de la syphilis.

III. Le traitement mixte peut être réclamé *à la fin de la période secondaire,* par une série d'*accidents à classification indécise;* ce sont les manifestations qui occupent, pouvons-nous dire, les limites entre les périodes secondaire et tertiaire, à savoir : l'iritis, la choroïdite, le sarcocèle et le péri-onyxis.

Il est difficile de savoir alors, à priori, lequel des deux remèdes guérira le mieux et le plus vite. Pour prendre un exemple, le sarcocèle, qui guérit si bien par l'iodure, dans la très grande généralité des cas, lui résiste quelquefois et ne cède qu'au mercure.

IV. Le traitement mixte doit être prescrit, *à toutes les périodes de la syphilis, en cas de manifestations graves;* en remontant à l'origine de la maladie, je citerai le phagédénisme du chancre, dont j'ai déjà parlé; il n'est pas douteux pour moi que l'iodure ait de l'influence sur le chancre lui-même.

J'ai observé jadis un chancre dur de la conjonctive bulbaire, où je crus voir une lésion syphilitique tertiaire et où j'instituai le traitement ioduré. A ce moment, l'œil était fortement tuméfié, la vision

supprimée, or, en moins de 48 heures, la vision avait reparu et la tuméfaction s'était dissipée à un point tel que la nature syphilitique de l'affection ne me laissait plus de doute.

Quelques jours plus tard, à l'apparition des symptômes secondaires, je reconnus que j'avais eu affaire à l'accident primitif et non à une lésion tertiaire.

Parmi les accidents graves de la syphilis justiciables du traitement mixte, citons encore les syphilides ulcéreuses et toutes les manifestations viscérales.

Le mercure et l'iodure exercent en effet une influence réelle, quoiqu'inégale, sur toutes les manifestations syphilitiques; ils concourent au même résultat, se renforcent en quelque sorte l'un par l'autre; or, ce n'est pas trop de ces deux forces thérapeutiques contre certains assauts de la diathèse.

Ce recours au traitement mixte ne souffre pas discussion, il s'impose véritablement dans tous les cas graves intéressant la vitalité d'un organe, à fortiori menaçant l'individu. Quel est le médecin qui, en face d'une syphilis cérébrale, par exemple, ne s'empressera pas de faire feu de toutes pièces, c'est-à-dire de réunir toutes les forces thérapeutiques dont il peut disposer? »

V. Enfin, le traitement mixte sera préféré au traitement ioduré contre *toutes les manifestations tertiaires.*

Il serait absurde, à n'en pas douter, de prescrire contre elles le mercure seul; ce n'est pas qu'il ne puisse en venir à bout, mais il lui faudrait pour cela un temps assez long, et, comme la situation est le plus souvent grave, le temps est précieux; l'iodure agit, non-seulement plus rapidement, mais encore plus puissamment que le mercure, sur toutes les syphilides à tendances destructives et envahissantes, siégeant sur la peau ou sur les muqueuses, sur les gommes, les lésions profondes des os, les lésions viscérales. Pour prendre, parmi ces lésions, un exemple donné par Fournier, celui d'une gomme du palais, ce serait, dit-il, une grosse faute, ce serait donner à cette gomme le temps de crever le voile, que de la combattre par la médication mercurielle.

Mais, il ne convient pas non plus, à mon avis, de traiter, comme on le fait le plus souvent, toutes les lésions tertiaires par l'iodure exclusivement.

D'abord, comme bon nombre de ces lésions sont graves, le concours des deux antisyphilitiques sera précieux, comme nous l'avons dit déjà.

Ensuite, il est des affections tertiaires où l'iodure reste impuissant et dont il ne vient à bout qu'avec l'assistance du mercure; Fournier cite, outre le sarcocèle, la syphilide tuberculeuse sèche que ni le mercure, ni surtout l'iodure n'influence d'une façon aussi intense et aussi rapide que le fait le traitement mixte.

Enfin, le mercure intervient à la période tertiaire, à titre de remède préventif, de remède curatif de la maladie, si tant est qu'il possède cette prérogative; ce qui paraît dans tous les cas certains, c'est qu'il ne faut pas compter, comme nous l'avons dit déjà, sur l'iodure pour prévenir les récidives et sauvegarder l'avenir.

En vue d'éviter des retours offensifs de la diathèse, il faut toujours, d'après Fournier, faire suivre la guérison d'un accident tertiaire d'un traitement mercuriel. Pourquoi ne pas dès lors instituer d'emblée le traitement mixte?

En fin de compte, il ne restera plus à l'iodure seul que des applications rares et exceptionnelles.

C'est d'abord le traitement que certains cliniciens font subir encore, pour plus de garantie, aux syphilitiques qui ont terminé leur cure, qui sont censés guéris, le traitement que l'on institue, sans qu'il existe de manifestations quelconques de la diathèse, pendant 1 ou 2 mois chaque année, à partir de la 4me jusqu'à la 6me année, sinon indéfiniment, comme nous avons dit; et encore, nous avons vu que certains cliniciens, entre autres Barthélemy, s'adressent de préférence au mercure pour cette cure tardive, pour cette cure de précaution.

C'est ensuite le cas où il y a des contre-indications formelles au traitement mercuriel. Telle sera une intolérance idiosyncrasique vis-à-vis du mercure — cette intolérance doit être rare, car pour ma part je n'en ai jamais rencontré d'exemple — l'intolérance pour l'iodure se rencontre par contre de temps en temps.

Ce sera encore un état avancé de débilitation et de cachexie que l'action dite « altérante » du mercure pourrait accentuer davantage.

Ce sera enfin une lésion grave, étrangère à la syphilis, d'un des organes essentiels, la tuberculose pulmonaire avancée ou le mal de Bright, par exemple.

Dr L. DANDOIS.

L'ÉPISTAXIS ET SON TRAITEMENT.

L'épistaxis est le type des accidents d'urgence que tous les médecins peuvent avoir à combattre : mais, comme le dit le dr Raugé, dans un article publié par le *Bulletin médical*, ils le combattent assez mal, parce qu'ils agissent suivant des traditions fâcheuses, et pratiquent, sans examiner la région, sans se soucier d'où vient le sang, une médication tantôt insuffisante, tantôt excessive et brutale

En présence d'un nez qui saigne, que fait en effet généralement le praticien ? Il commence par le laisser saigner, ou bien, ce qui revient au même, il épuise, sans conviction, la série inutile et bizarre des petits moyens débonnaires que pratiquent les gens du monde : glace sur le scrotum et sur les seins, compresses froides sur la tête, élévation du bras correspondant à la narine qui saigne, constriction violente des oreilles, et jusqu'au procédé populaire et classique de la clef entre les épaules.

Il se peut que, pendant ce temps, l'écoulement sanguin s'arrête, quand il veut bien s'arrêter seul. Mais le plus souvent il persiste, et la nécessité s'impose d'une intervention plus active. C'est alors que le médecin, qui n'était jusque-là qu'inutile, devient quelquefois dangereux. Tout de suite, sans transition, il prend un parti suprême, tire sa sonde de Belloc et pratique classiquement l'inéluctable tamponnement ; non pas un tamponnement méthodique, chirurgicalement exécuté par l'orifice de la narine, mais le tamponnement postérieur, opération malencontreuse qu'il faut assurément pratiquer quelquefois, quand on ne peut faire autrement, mais dont on doit savoir avant tout se passer, pour peu qu'elle soit évitable, c'est-à-dire presque toujours.

Outre que le tamponnement postérieur, continue l'auteur, est un procédé d'ignorance qui élude une exploration nécessaire, c'est surtout un procédé dangereux : dangereux pour l'oreille et pour la trompe, dont il menace l'embouchure pharyngienne ; dangereux pour la santé générale par les complications septiques qui en sont quelquefois la conséquence. Ajoutons la torture que représente pour le malade l'introduction souvent laborieuse et la présence prolongée du corps étranger qu'on met à demeure au fond de son naso-pharynx.

Pourquoi, d'ailleurs, dès qu'il s'agit d'une hémorragie par le nez, songe-t-on immédiatement à un traitement d'exception, et n'agit-on pas tout d'abord comme si l'on était en présence d'une hémorragie ordinaire ? La première idée, quand une plaie saigne, est de rechercher le vaisseau qui donne, pour le lier, le pincer ou le tordre, tout au moins pour y appliquer un tampon directement compressif.

On objectera que, si rien n'est plus aisé que de saisir et de lier une

artère dans une plaie à ciel ouvert, il est loin d'en être de même pour une cavité profonde, anfractueuse, inondée de sang, remplie de caillots, et qui ne peut être explorée qu'avec des instruments spéciaux et des procédés d'éclairage que le praticien de campagne n'a pas souvent entre les mains. Et, partant de cette idée préconçue que l'entreprise est impossible, que le point qui saigne est inabordable, on ne tente pas de l'atteindre, on ne cherche même pas à le voir. Au lieu du traitement précis qu'on pourrait au moins essayer, on applique au petit bonheur une occlusion problématique; au lieu de porter la compression sur le seul point qui la demande, on entasse aveuglément des tampons, comptant qu'il y en aura un dans le nombre qui ira se mettre au bon endroit.

Et, pendant qu'on perd un temps précieux à ce traitement à la fois insuffisant et excessif, on ne se doute pas que, presque toujours, la fissure est là, sous les yeux, à la portée d'une action directe, et ne demandant qu'à être bouchée; qu'elle n'est pas, comme on le croit, cachée au fond des cavités nasales, mais presque à l'entrée des narines; qu'il suffirait d'inspecter la cloison, en relevant l'aile du nez, pour atteindre de l'œil ou du doigt le lieu précis d'où vient le sang : et cela, la plupart du temps, sans qu'il soit besoin de spéculum ni d'éclairage artificiel, mais simplement en se plaçant devant le grand jour d'une fenêtre.

C'est ce que nous allons voir.

Pathogénie des épistaxis. Au lieu des subdivisions scolastiques des épistaxis, en actives et passives, en essentielles et symptomatiques, en dyscrasiques et supplémentaires, qui n'apportent aucune indication thérapeutique utile, le dr Raugé propose la classification suivante, uniquement basée sur le siège des lésions, sur leur nombre et sur leur étendue, c'est-à-dire, qu'elle contient en substance l'indication du traitement probable qui convient à chaque variété :

a) Hémorragie circonscrite au lieu d'élection.

b) Hémorragie circonscrite à siège indéterminé ou profond.

c) Hémorragie diffuse.

Hémorragie au lieu d'élection. — Si l'on examine avec soin, sur le vivant ou mieux sur le cadavre, la partie antéro-inférieure d'une cloison nasale saine, on rencontre tout d'abord, un peu en arrière et au-dessus de l'épine nasale antérieure, une saillie cartilagineuse allongée d'avant en arrière et de bas en haut, suivant la suture qui unit la pointe antérieure du vomer au bord postéro-inférieur du cartilage de Jacobson. Un peu au-dessus de cette saillie, on aperçoit, non sans difficulté, l'orifice étroit d'un cul-de-sac, une dépression de la muqueuse, que l'on a considérée comme le vestige atavique d'un organe très développé chez les ruminants et les rongeurs.

Peu nous importe d'ailleurs : occupons-nous seulement de la part étiologique qu'on accorde depuis quelque temps à ces languettes cartilagineuses, et au cul-de-sac qui les surmonte, dans les ulcérations et les hémorragies.

Tendue sur ces saillies résistantes, la muqueuse, est à ce niveau, plus mince, partant plus vulnérable que dans tout autre région : les contacts et les frottements peuvent, plus aisément qu'ailleurs, y déterminer des éraillures, surtout chez les jeunes sujets, dont on connaît la fâcheuse tendance à gratter continuellement avec l'ongle cette partie trop accessible à leurs atteintes. D'autre part, la dépression formée par le cul de-sac jacobsonien est une sorte de réceptable particulièrement disposé aux inflammations chroniques (Potiquet). Arrêtées dans sa cavité, les poussières atmosphériques et les germes microbiens, qui traversent les fosses nasales, s'y accumulent, s'y multiplient et y produisent à la longue un état d'iritation permanente. Le malade écorche du doigt ce point devenu prurigineux et finit, mécaniquement, par exulcérer sa muqueuse. Une petite croûtelle se forme; il l'arrache, elle se reproduit; il gratte et il l'enlève encore. Si bien que l'érosion. d'abord superficielle, gagne peu à peu en profondeur et devient une véritable ulcération.

Deux cas alors peuvent se présenter : tantôt il se produit à sec, sans hémorragie, sans plaie apparente, une perte de substance de la muqueuse, puis du cartilage lui-même, qui est lentement aminci et complètement transpercé. Ainsi, se forment vraisemblablement ces perforations si fréquentes dans cette région du septum, perforations qu'on déclarait naguère invariablement spécifiques, mais dont Weichselbaum et Voltolini ont fait triompher l'innocence en montrant qu'une cloison perforée n'est pas toujours, quoi qu'on en dise, un certificat de syphilis et que les pertes de substance qui siègent dans la région jacobsonienne peuvent notamment relever d'une origine tout à fait honnête : c'est *l'ulcère perforant du septum*, si bien étudié par Hajek.

Mais ce travail de destruction n'a pas toujours cette marche silencieuse, qui s'accomplit le plus souvent à l'insu même des malades, et qui explique leur surprise, quand un beau jour on leur apprend, en les examinant pour autre chose, qu'ils ont un trou dans la cloison. Il arrive assez fréquemmenr que l'ulcération s'accompagne d'hémorragies plus ou moins abondantes. Suscités par le processus inflammatoire, les vaisseaux se multiplient et se dilatent, les veines deviennent variqueuses, plus fragiles et plus friables : véritables télangiectasies nasales qui sont l'origine ordinaire des épistaxis répétées, si fréquentes chez les adolescents.

Ces pertes de sang se produisent d'autant plus aisément en ce point

qu'il est particulièrement vasculaire : c'est, en effet, à ce niveau que l'artère de la cloison (branche interne de la sphéno-palatine) fournit ses divisions terminales et forme un réseau assez riche répondant aux anastomoses avec les rameaux descendants de l'artère sus-orbitaire et de la palatine postérieure. L'hémorragie est, d'autre part, favorisée encore par ce fait que les vaisseaux, à ce niveau, reposent sur un plan de cartilage résistant, inflexible et rigide, incapable de rétraction, et sur lequel les artères ulcérées demeurent forcément béantes.

Telle est l'origine ordinaire de ces épistaxis soi-disant spontanées, et qui sont, en réalité, l'effet d'un véritable traumatisme : traumatisme imperceptible et lent, se produisant à froid, mais permanent, réitéré, et provoquant l'hémorragie avec d'autant plus de certitude qu'il détermine sourdement à la fois la dilatation des vaisseaux et leur érosion mécanique.

S'ils ne veulent pas s'embarrasser de tous ces détails, nous recommandons aux praticiens de retenir seulement ceci : *le sang de l'épistaxis vient presque toujours d'un point limité, de siège à peu près invariable et, qui plus est, très accessible. C'est à la partie antéro-inférieure de la cloison, un peu au-dessus et en arrière de l'orifice de la narine, qu'est exactement circonscrite cette zone hémorragipare.*

En somme dans le nez, aussi bien qu'ailleurs, la source du sang est, sinon toujours, du moins généralement abordable, aussi bien presque et parfois mieux que dans une plaie de la main.

Cette origine régulière, constante, presque mathématiquement délimitable, est une chose bien connue des rhinologistes et signalée depuis longtemps : une statistique de Chiari a montré que, sur 25 cas d'épistaxis spontanée, le sang provenait 22 fois de la partie antérieure de la cloison. Cependant, ce fait important est encore assez ignoré dans la pratique générale, et l'on ne saurait assez insister pour y attirer l'attention. Le dr Lermoyez, plus que personne, s'est efforcé avec raison d'en vulgariser la connaissance. Pour qui sait ce détail topographique, l'épistaxis cesse d'être une hémorragie particulière, d'origine mystérieuse et de traitement indécis ; c'est une perte de sang comme une autre qu'on peut et qu'on doit attaquer comme toute perte de sang, c'est-à-dire directement, en mettant, comme on dit, la pièce sur le trou.

B *Hémorragie circonscrite à siège inaccessible ou indéterminé.* C'est le cas des *hémorragies traumatiques ;* c'est le cas également des *épistaxis opératoires.*

On ne peut rien dire de bien précis, comme siège et comme étendue, sur cette forme d'épistaxis soumise naturellement, comme toute hémorragie provoquée, à l'imprévu du traumatisme ou à l'importance de

l'acte opératoire qui causent l'effusion sanguine. Suivant la profondeur de la lésion, c'est tantôt la muqueuse qui saigne, tantôt le squelette sous-jacent. Quant à la topographie même de ces sortes d'hémorragies, ce qu'on en peut affirmer de moins vague, c'est qu'il n'est pas un point des cavités nasales d'où elles ne puissent provenir, depuis les os propres du nez, jusqu'aux régions les plus profondes limitées par le maxillaire supérieur, l'ethmoïde ou l'apophyse ptérygoïde. On sait la valeur diagnostique que présente l'hémorragie nasale en tant que symptôme probable des fractures de la base du crâne ; mais l'épistaxis, en ce cas, n'est plus qu'un fait très secondaire, et dont l'importance s'efface devant les symptômes plus graves.

En somme, autant on pouvait tout à l'heure affirmer, présumer tout au moins, le point exact d'où provenait le sang, autant, ici, on est forcé à des descriptions indécises, autant le traitement lui-même sera, par suite, inconstant et divers.

A cette catégorie se rattachent les *hémorragies déterminées par les tumeurs ou les lésions organiques des fosses nasales :* ulcères de toute nature, varices, angiomes, télangiectasies et tumeurs caverneuses, sarcomes mous, polypes muqueux, fibromes naso-pharyngiens, corps étrangers et rhinolithes. Là encore, on ne peut rien prévoir sur la source de l'hémorragie, aussi imprécise et variable que l'altération qui la cause. Un examen rhinoscopique complet pourra seul — et encore pas toujours — montrer la lésion coupable et mettre quelque certitude dans l'appréciation de la nature, de la position et de l'importance des altérations vasculaires.

C. *Hémorragies diffuses.* On a un peu abusé de la notion si commode, si précise et à la fois si pratique du siège de l'épistaxis en un lieu d'élection pour nier l'existence d'hémorragies venant d'autres points de la muqueuse nasale ; en réalité, si on a admis anciennement trop souvent, il faut bien encore admettre aujourd'hui que sous l'action de *troubles circulatoires* (maladies du cœur, stases veineuses), ou de *perturbations dans la crase sanguine*, il se produit très fréquemment, du côté des fosses nasales, des hémorragies secondaires, qui, par opposition avec les précédentes, méritent véritablement le nom d'*épistaxis médicales*. Il ne s'agirait plus, en pareil cas, de lésions localisées, mais d'un écoulement sanguin se faisant d'une façon diffuse en surface.

Sans doute on ne peut pas nier que les hémorragies nasales ne soient un accident fréquent dans nombre d'états dyscrasiques : la plupart des fièvres éruptives, le purpura, le scorbut, le paludisme, la leucocythémie, l'ictère grave, les maladies du cœur et du foie peuvent évidemment déterminer des épistaxis plus ou moins abondantes, et qui

indiquent d'ordinaire des affections à forme grave. L'épistaxis prémonitoire de la typhoïde, la grande épistaxis du mal de Bright, celle qui survient communément dans le cours de la scarlatine ou de la variole hémorragique sont des faits de pratique courante. Il serait puéril de nier que la muqueuse des fosses nasales ne puisse, sous ces diverses influences, saigner comme tout autre muqueuse. Elle y est même plus disposée qu'aucune autre par sa grande vascularité et par la présence, dans son chorion, d'une couche de tissu caverneux épaisse de 2 à 4 millimètres et qui fait de cette membrane un véritable appareil érectile (corps caverneux de la pituitaire).

Le dr Raugé n'admet pas toutefois que ces hémorragies se produisent, ainsi qu'on le croit, sans effraction de la muqueuse, par simple transsudation à la surface; il estime comme capital, au point de vue thérapeutique, de considérer ces hémorragies comme le résultat d'une déchirure plus ou moins profonde, plus ou moins difficile à reconnaître sans doute, mais qu'en clinique il faut toujours rechercher.

En effet, tant qu'on s'imagine que l'épistaxis symptomatique est d'ordre purement médical, on néglige assez volontiers de lui faire un traitement direct, pour s'attarder à des prescriptions médicamenteuses, le plus souvent théoriques et illusoires. On ne devrait jamais oublier qu'une épistaxis, quelle qu'elle soit, relève des moyens locaux beaucoup plus que des potions, des révulsifs ou des vésicatoires; qu'elle est « une hémorragie chirurgicale qui réclame un traitement chirurgical; le traitement médical ne vient qu'ensuite » (Lermoyez).

Traitement. Quelle est la conduite à tenir en présence d'une hémorragie nasale?

Quelle que semble être la cause qui produit l'écoulement sanguin, *la première indication, la plus simple, est d'aller droit au lieu d'élection*. Il importe donc, avant tout, de savoir au juste où il est.

L'orifice du canal de Jacobson occupe, à la surface de la cloison, une situation presque constante, assez constante pour que Potiquet ait réussi, dans la plupart des cas, non seulement à le découvrir sur le cadavre, mais à le voir sur le vivant et même à y introduire un fin stylet. Il se trouve, d'après les mensurations de A. Kœlliker, à 8 millim. 5, en moyenne, au-dessus du plancher nasal, et à 23 millimètres de l'angle formé par la sous-cloison avec la lèvre supérieure.

Les variations individuelles dans la situation de cet orifice sont d'ailleurs peu prononcées C'est par cette « zone de recherche » que doit commencer la poursuite de la source probable dans toute hémorragie nasale. Pour atteindre cette région, il est à peine nécessaire de se servir du spéculum.

Comme le dit le dr Raugé, le spéculum est même plutôt incommode,

car l'extrémité de sa branche interne vient précisément recouvrir le point de la cloison qu'il s'agit d'explorer. On relèvera fortement l'aile du nez, de façon que l'orifice de la narine se renverse le plus possible en dehors. A la surface de la cloison, dont cette manœuvre découvre la partie inférieure, on suivra une ligne oblique en haut et en arrière : c'est à 2 centim. ou 2 centim. 1/2 sur cette ligne que se trouve la zone hémorragipare.

On pourra objecter que, même dans cette région très accessible, la recherche n'est pas commode au milieu du sang qui s'écoule, des caillots qui gênent l'examen, et qu'on a, cela se comprend, quelque scrupule à détacher de peur d'augmenter l'hémorragie. Sans doute, il ne faut pas s'attendre à voir toujours très nettement le point exact d'où sort le sang. Mais *il est toujours possible et facile d'appliquer sur ce point présumé le doigt ou un tampon porté* par une pince. Si l'on constate, à ce moment, que l'hémorragie faiblit ou s'arrête, c'est qu'on est sur la bonne piste; il ne reste qu'à maintenir à demeure cette compression circonscrite : on peut employer, dans ce but, soit les pinces à vis de pression servant au redressement de la cloison, ou plus simplement une pince à arrêt, soit en l'appliquant extérieurement à cheval sur le dos du nez, soit en introduisant dans chaque narine une des branches préalablement garnie de gaze. Cette compression méthodique suffit dans la plupart des cas, et, au bout de quelques minutes l'écoulement est complètement arrêté.

Si, au contraire, le sang ne s'arrête pas, il faut bien reconnaître que l'hémorragie, cette fois, ne vient pas de sa source ordinaire et que son origine est plus profonde. C'est-à-dire que, sans attendre, on doit immédiatement se résoudre à agir d'une façon moins directe, à attaquer l'ennemi sans le voir. Mais là encore il conviendra de graduer les moyens d'action, d'aller du simple au compliqué, de ne pas se hâter surtout de faire le tamponnement postérieur.

Le premier moyen à mettre en œuvre, c'est *le tamponnement par la narine*; l'auteur entend un tamponnement méthodique, permettant d'exercer suivant les règles, sur toute la paroi nasale, une compression modérée et régulière.

Pour pratiquer cette opération qui ne demande, pour être bien faite, qu'un peu de patience et de soin, il n'est pas absolument nécessaire d'appliquer le spéculum nasal. Toutefois, si on l'a sous la main, cet instrument, en dilatant la narine, permettra de mieux voir ce qu'on fait et facilitera beaucoup la manœuvre. Au moyen d'une longue pince, la cavité est peu à peu remplie de petits bourdonnets de gaze ou de tampons d'ouate hydrophile. Ces tampons peuvent être libres ou réunis en queue de cerf-volant. L'important est de les faire petits,

pour pouvoir les tasser par couches successives, et de les étager avec soin sans laisser entre eux aucun vide.

On peut d'ailleurs *imprégner les tampons de liquides hémostatiques (antipyrine* au 10e, *cocaïne* au 20e, *eau de Pagliari*, *ferripyrine* au 5e, *acide trichloracétique* au 100e). Lermoyez et Gellé recommandent en pareil cas *l'eau oxygénée* à 12 volumes, qui, à condition d'être employée fraîche, possède une puissante action hémostatique. Quant au perchlorure de fer, dont chacun connaît les dangers, il faut en proscrire l'emploi.

Le sérum gélatiné, s'il tient ses promesses, pourrait en pareil cas rendre aussi des services.

Au lieu d'entasser les tampons à même dans la cavité, en les bourrant à nu, on a conseillé de commencer par introduire à vide un sac de caoutchouc ou de baudruche qu'on remplit, une fois en place, avec du coton ou de la gaze, ou qu'on gonfle simplement d'air. Tout le monde connaît le moyen classique qui consiste à employer dans ce but un simple condom. C'est l'idée du pessaire à air étendue aux cavités nasales.

Il est un tour de main du même genre que le dr Raugé veut encore citer : c'est celui que Dionisio a imaginé récemment. Voici, sommairement décrite, la technique de ce procédé vraiment ingénieux et à la fois très simple :

Prenez un tube de caoutchouc de 8 millim. de diamètre et de 8 à 10 centim. de long; étirez-le sur un mandrin d'acier qui en dépasse un peu la longueur, en coiffant les deux bouts du tube sur les extrémités du mandrin. Sur le tube ainsi allongé, et par cela même aminci jusqu'à n'avoir plus qu'un diamètre de 3 ou 4 millim., enroulez une couche de gaze. Poussez le tout dans les fosses nasales. Une fois le système introduit, décoiffez le bout extérieur du mandrin et retirez-le du tube en laissant ce dernier seul en place. Le tube, en reprenant sa longueur, reprend aussi son calibre primitif; il se gonfle, à l'intérieur de la cavité nasale et y exerce une compression d'autant plus efficace qu'elle est régulière, élastique, et se transmet à la paroi par l'intermédiaire de la gaze.

Il y a encore un moyen trop souvent oublié et qui, pourtant, peut donner à peu de frais les plus excellents résultats; ce sont les *injections très chaudes* (40 à 45°) qui produisent dans les fosses nasales l'effet décongestif et hémostatique, dont chacun connaît les applications si utiles dans certaines métrorragies.

Il est bien peu d'épistaxis qui résistent aux traitements précédents, et en particulier à un tamponnement antérieur convenablement appliqué. Il peut arriver cependant que ce moyen lui-même demeure

insuffisant et ne réussisse qu'à diminuer, mais pas à tarir l'hémorragie. Le sang ne coule pas par la narine, mais il continue malgré tout à fuir par l'orifice postérieur : si l'on examine le pharynx, ce qu'il ne faut jamais manquer de faire, on le trouve tout rouge et inondé de sang que le malade avale en abondance. C'est alors, et alors seulement, qu'on est autorisé, comme on dit, à brûler sa dernière cartouche et à faire en désespoir de cause, *le tamponnement postérieur*.

Pour son application, le dr Raugé conseille d'observer les précautions suivantes :

Attacher à l'œil de la sonde, avant de l'introduire, une anse de fil assez longue sur laquelle on fixera tout à l'heure le chef postérieur du tampon ; faute de cette précaution, on a souvent beaucoup de peine à enfiler directement ce chef dans l'orifice du ressort métallique englué et obstrué par le sang.

Employer un tampon de gaze proportionné aux dimensions de la choane, c'est-à-dire ayant le volume et la forme un peu allongée de la dernière phalange du pouce du malade.

Guider le tampon postérieur avec un doigt introduit par la bouche, jusqu'à ce qu'on le sente exactement appliqué sur l'orifice postérieur.

Ne jamais laisser le tampon séjourner pendant plus de vingt-quatre heures et prendre, lorsqu'on le retire, tous les soins de propreté nécessaires pour désinfecter la cavité. Par cette double précaution, on réduira au minimun les deux inconvénients majeurs du dangereux moyen de salut qu'on n'a pu parvenir à éviter : contact trop prolongé des tampons sur les orifices tubaires ; décomposition des caillots enfermés dans une cavité close.

Enfin, dans les cas fort rares, où le malade est tout à fait exsangue, où des syncopes se produisent, où la vie enfin est menacée, on mettra immédiatement en œuvre tous les moyens généraux usités dans les grandes hémorragies : *injections sous-cutanées d'ergotine, injections de sérum artificiel, transfusion*.

A la fin de son étude, le dr Raugé pose la question : *le médecin a-t-il toujours le devoir, a-t-il même toujours le droit d'arrêter une épistaxis ?*

Il répond qu'on a abusé de l'influence soi-disant salutaire qu'auraient sur la santé générale certaines hémorragies spontanées, celles qu'on appelait autrefois hémorragies dérivatives, critiques ou supplémentaires. La muqueuse des fosses nasales est une de celles assurément à qui l'on a le plus souvent prêté ce rôle étrange et tutélaire de soupape de sûreté.

Sans doute, on croit moins aujourd'hui à ces flux providentiels, et ces doctrines humorales nous semblent un peu surannées. Il se peut

toutefois qu'on y revienne, maintenant que les émissions sanguines paraissent reprendre faveur et que la saignée redevient de mode. Pour le moment, on peut encore conclure que l'épistaxis est, après tout, une hémorragie comme une autre, c'est-à-dire une cause d'affaiblissement qui conduit à l'anémie aiguë, à la syncope, à la mort; qu'elle est en somme une menace qu'il faut conjurer quand on le peut. Le sang n'est pas moins précieux quand on le perd par la narine que lorsqu'il vient d'une plaie artérielle, et l'auteur ne voit pas clairement pourquoi l'hémorragie nasale aurait le privilège d'être traitée avec plus de respect que tout autre perte de sang. L. D.

—

TRAITEMENT DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE.

Les pages suivantes, exprimant l'opinion d'un des maîtres de l'obstétrique allemande, le professeur Olshausen, sont traduites d'un livre qui vient de paraître (1).

La fièvre puerpérale, d'après Olshausen, doit être rangée parmi les affections où la prophylaxie est tout, le traitement curatif, presque impuissant — ou ne présentant une utilité que dans les cas où la cavité utérine s'empoisonne par des débris placentaires en décomposition.

Lors donc qu'il y a rétention de fragments de placenta, il faut se hâter de les enlever à la main — ce qui ne présente guère de difficultés, même dans la 2me semaine après l'accouchement, pour qui sait utiliser adroitement la main appliquée à l'extérieur sur le fond de l'organe. La simple rétention du chorion ou de l'amnios ne réclame pas de manœuvre intra-utérine ; elle est inoffensive et l'intervention ne l'est pas.

Lorsqu'il n'y a pas de débris placentaires retenus, une *irrigation* peut balayer les liquides toxiques de la matrice et amener la guérison d'une *fièvre purement saprémique*. Fièvre et résorption auraient pu cependant guérir spontanément, quoique peut être moins vite. Toutefois il existe incontestablement des cas de saprémie mortelle, sans infection simultanée et par conséquent, dans quelques cas rares, les irrigations peuvent sauver la vie.

Les conditions sont tout autres dans l'infection véritable. Il est évident que les irrigations ne peuvent atteindre les agents pathogènes dans les profondeurs de l'économie ni les y neutraliser, fussent-elles désinfectantes. Elles n'ont donc pas de raison d'être dans l'infection déjà établie et, comme elles ne sont pas exemptes de danger, mieux vaut s'en abstenir.

(1) Redlos et J. Veit (Leyden) édit. de 1899.

Si l'on veut faire une irrigation utérine parce qu'on *ne peut pas encore exclure sûrement l'intoxication simple*, on doit observer les règles suivantes :

On doit pratiquer l'injection *très tôt*, tout au début de l'affection, avec beaucoup de prudence et de respect pour les parties molles, particulièrement vulnérables. On se servira avec avantage d'un tube de verre ou de métal de fort calibre. De gros cathéters en étain conviennent surtout en raison de leur malléabilité. La canule doit être à ouvertures latérales. Avec une ouverture terminale, pouvant correspondre à un sinus veineux ouvert, on s'exposerait à faire passer l'injection dans le courant circulatoire. Une chute d'eau de 50 centimètres suffit, et il ne faut pas employer moins de 1 ou 2 litres.

Si l'on ne veut pas renoncer à une action désinfectante, on peut recourir à une solution phéniquée de 3 à 5 p. c., de lysol à 1 p. c., ou bien encore à l'alcool à 25 ou 50 p. c.

L'acide phénique expose toujours au danger de l'intoxication aiguë. Cet accident redoutable s'observe toujours lorsque pendant l'irrigation, à la suite du détachement d'un thrombus, il se produit une hémorrhagie. L'intoxication aiguë par l'acide phénique éclate brusquement par une perte de connaissance, et dans les cas graves par des convulsions. Même après quelques heures la mort peut encore survenir par le coma.

Si l'on ne peut pas sûrement éviter les accidents, on peut presque sûrement les empêcher de devenir mortels en interrompant à l'instant l'irrigation. Surveiller attentivement la face et aussitôt qu'elle s'altère arrêter l'écoulement : la syncope, si elle survient, sera courte et la malade se remettra rapidement.

Semblables accidents sont rares avec le lysol.

Le sublimé doit être proscrit : il est trop dangereux et ses accidents ne peuvent être enrayés. On connaît nombre de cas dans lesquels une seule irrigation utérine au sublimé a été fatale. L'empoisonnement ne se manifeste qu'après des jours, une semaine et plus, et il est alors trop tard. Même les solutions à 1 : 4000 ou 5000 ne sont pas sans danger et peuvent par une seule irrigation utérine, voire même vaginale, amener la mort. Le vagin, dépouillé par le travail de ses couches épithéliales superficielles, absorbe incomparablement plus facilement le poison que le vagin normal, et le danger est extrême, s'il y a eu de fortes pertes de sang ou s'il existe quelque lésion rénale : deux conditions que présentent tant d'accouchées.

Parmi les autres agents antiseptiques mis en avant, l'alcool à 50 p. c. mérite peut-être surtout d'être essayé. Tarnier emploie une solution de teinture d'iode de 1/2 à 3 p. c. Carossa tamponne l'utérus à la gaze

et le fait traverser toutes les heures par plusieurs cuillerées d'une solution alcoolique à 25 p. c.

L'irrigation continue au moyen d'un cathéter entouré de gaze est encore usitée en France. Le moyen cependant n'a pas tenu ce qu'il promettait.

On a porté dans la cavité utérine au moyen de tampons d'ouate et de porte-tampons, des liquides désinfectants : eau de chlore, alcool et surtout teinture d'iode (Van der Mey).

L'opinion, qui tend à s'accréditer de plus en plus, d'après laquelle les infections puerpérales graves ont leur point de départ dans l'endométrium a fait admettre les irrigations comme très rationnelles. Leurs résultats cependant sont très incertains et même discutables.

Il n'y a pas longtemps encore, ceux qui attribuaient l'infection aux *déchirures* du col découvraient les plaies au spéculum et les cautérisaient énergiquement. Ce traitement, qui n'a jamais donné de résultats brillants, doit être rejeté à cause des lésions inévitables du vagin.

Les *ulcères gangréneux* de la vulve ont été traités de la même façon par une forte solution d'acide phénique (10 à 20 p. c.) par la teinture d'iode, d'autres caustiques encore.

Il n'y a pas beaucoup de reproches à adresser à la cautérisation unique d'une plaie à ciel ouvert, mais la propreté obtenue par des lavages suffit.

Récemment on a proposé le grattage de la cavité utérine par la *curette*. On partait de cette idée que la caduque vraie qui tapisse l'utérus puerpéral est un tissu en état de décomposition ; qu'il convenait d'enlever ce terrain de culture et laver soigneusement la matrice après. E. V. Braun, Féruwald, Weiss, Borel, Pinard, Rapin, Pozzi, La Torre et d'autres encore ont beaucoup pratiqué et vanté l'opération ; Fritsch, Collins, Robert, Hirigoyer la rejettent et Dumont, Pestalozza, Chaleix la réservent pour les cas désespérés.

Sans doute le ramollissement et la fragilité de l'utérus doivent faire craindre une perforation par une main peu expérimentée ; le raclage d'une vaste cavité n'est pas chose aisée et les lésions du vagin ne sont pas faciles à éviter, mais le plus grand inconvénient du grattage consiste en ce qu'il enlève, avec les restes de caduque décomposés, le rempart de tissu granuleux situé au-dessous : il favorise donc plutôt l'infection qu'il ne la prévient.

Théoriquement il est clair qu'un grattage soigné serait souverain si les agents infectieux se trouvaient uniquement dans les tissus qu'on enlève, mais lorsque l'infection a gagné déjà la paroi utérine et ses vaisseaux, le raclage le plus complet est incapable d'assurer la guérison. En d'autres termes si le grattage peut guérir la saprémie, il ne

peut atteindre l'infection, et aussi longtemps que nous ne pourrons pas différencier ces deux états, l'indication de l'intervention devra rester douteuse.

Quelques cas de grattage ont été suivis de prompte guérison, mais il est permis de supposer qu'il ne s'agissait alors que d'une saprémie capable de guérir spontanément. On fera donc bien de considérer la méthode comme encore à la période d'essai et de s'en abstenir pour le moment. Il va de soi que s'il y a para ou périmétrite, le grattage est assez dangereux pour constituer une faute.

L'*hystérectomie vaginale*, que Fehling considère comme justifiée dans certains cas graves exceptionnels d'endométrite septique, est plus héroïque encore. Nous l'avons pratiquée deux fois, sans succès. Certes, dans des cas qui semblent désespérés, l'opération apparaît comme d'autant plus légitime, qu'elle présente par elle-même peu de dangers, mais la difficulté, comme l'incertitude des résultats, provient de ce que nous ne sommes pas en état d'affirmer si l'infection est encore limitée à l'organe ou déjà généralisée.

L'*opération supra-vaginale* après laparatomie est moins rationnelle et plus redoutable : l'abandon du col constitue un danger en plus. Néanmoins B. Schultze amputa de cette façon un utérus contenant encore un placenta en voie de putréfaction. Sippel et Stahl ont réussi dans les mêmes conditions et en Amérique l'opération est très en vogue : Baldy, Ashton, Davis, Noble en rapportent des exemples nombreux. Même dans des cas de pyémie (Baldy) et de phlébite utérine (Suppel) on a enlevé l'utérus, quelquefois avec succès.

Dans la *péritonite suppurée* il se peut que l'opération sauve la malade. S'il s'agit d'exsudats enkystés dans le Douglas, l'ouverture est facile à exécuter et l'on peut en espérer d'heureux résultats.

Dans la *péritonite suppurée diffuse*, c'est autre chose ; dans quelques cas cependant, un entre autres de von Winckel, la laparatomie a permis de sauver des malades qui paraissaient perdues.

On ne peut pas encore établir les indications précises de toutes ces interventions et le débutant, comme celui qui n'est pas exercé à ces opérations, fera bien de s'en abstenir.

Comme essai de guérison nous devons signaler encore les injections de *sérum antistreptococcique* de Marmorek. Les résultats obtenus par Marmorek lui-même, par Pinard, Charpentier, Norris, E. Davis, Schober, Mirst et d'autres ne sont pas de nature à permettre un jugement définitif sur la valeur ni même sur l'inocuité du moyen.

Nous ne connaissons pas encore *d'autres moyens internes* capables de rendre inoffensifs les organismes qui ont pénétré dans l'économie.

Les agents désinfectants pour être utiles devraient être administrés à des doses intolérables.

Autrefois on croyait utile d'*exciter les sécrétions*, intestinale et cutanée, et ce traitement est rationnel, puisque l'élimination des microcoques par les reins et par la peau est positivement démontrée. Cependant l'avantage de ce traitement est discutable et l'on voit succomber des malades malgré des diarrhées profuses spontanées.

On a essayé encore, à l'intérieur ou par la voie sous-cutanée, une foule d'autres moyens, par exemple le trichlorure d'iode, la créosote jusqu'à 3 grammes par jour (Frank) et même les injections intra-veineuses de sublimé que nous ne saurions assez déconseiller.

Aucun de ces moyens n'a pu gagner la confiance. On peut espérer diminuer l'absorption par le *seigle ergoté* ou *l'ergotine :* le médicament est prophylactique plutôt que curatif.

Quand la *péritonite est déclarée*, il est rationnel d'enrayer les mouvements péristaltiques de l'intestin par les opiacés. Malheureusement l'espoir de localiser la péritonite septique est à peu près nul. Mais, si l'on ne gagne pas beaucoup de ce côté, les narcotiques seront au moins utiles en calmant les douleurs et en procurant un peu de sommeil.

On emploie beaucoup les compresses glacées, qui cependant commencent toujours par augmenter la péristaltique et paraissent n'avoir d'autre but que de soustraire de la chaleur.

Beaucoup de médecins s'attachent à abattre la *fièvre*. Chez une malade atteinte de péritonite récente, il ne peut être question de bains ou d'enveloppements froids : il ne reste donc pour abaisser la température que les compresses ou les irrigations et l'on peut douter de leur utilité. Dans une maladie qui en huit jours s'améliore ou tue, la fièvre par elle-même ne met pas en péril. Les antipyrétiques internes : quinine, antipyrine, salicylate de soude sont donc inutiles. Presque toujours ici, ils ne produisent qu'une dépression minime et courte, ils dérangent les voies digestives de la malade et faussent le jugement du médecin.

Ce qui convient mieux c'est de *conserver les forces* par une bonne alimentation et les alcools, comme Breisky et Runye le recommandent chaudement. Le dernier donne des doses énormes (2 litres de cognac et 10 bouteilles de vins généreux en 7 jours) et cherche par des jaunes d'œuf et des correctifs à rendre les alcools plus agréables au malade. Il insiste sur les excitants de l'appétit et recommande les bains frais (24 à 25 R.) et courts (5 à 7 minutes).

On ne doit pas considérer l'alcool comme un spécifique de l'infection puerpérale, mais comme un excellent moyen de soutenir les

résistances vitales dans la lutte contre le poison. Runge reconnaît d'ailleurs que les alcools restent impuissants contre la péritonite septique qui s'accompagne de fortes douleurs et de vomissements fréquents.

Quant à la *pyémie*, le traitement *prophylactique* est le même que celui de la septicémie.

Le traitement *curatif* des accidents locaux, notamment des affections articulaires, doit être chirurgical.

Les articulations en suppuration doivent être de bonne heure ouvertes, au besoin réséquées. Dans les cas à marche rapide les antipyrétiques ne doivent pas être employés ; ils conviennent au contraire, ainsi que les bains frais, dans les cas qui se prolongent avec des accès d'hyperthermie répétés. Les bains conviennent, surtout s'il n'y a pas de péritonite.

Il importe d'exciter l'appétit et de soutenir les forces par une forte alimentation.

Bien dirigé et soutenu, ce traitement peut empêcher certaines malades de succomber à la longue à l'épuisement. H.

—

DES CYSTITES DOULOUREUSES.

Nous avons passé en revue, il y a quelque temps, le traitement des cystites; et, si nous résumons la leçon que le dr Albarran vient de consacrer aux cystites douloureuses, c'est qu'elle s'occupe spécialement du traitement opératoire de cette variété de cystites.

A vrai dire, les cystites douloureuses ne représentent pas une entité bien nette; le dr Albaran en dessine comme suit la physionomie :

A propos d'une cystite banale ordinaire, on voit peu à peu les symptômes s'aggraver, et la marche se prolonger, malgré le traitement.

La fréquence des mictions reste grande jour et nuit : elle atteint 50 à 80 mictions en 24 heures. Les douleurs acquièrent une telle violence qu'elles deviennent de véritables crises de *coliques vésicales*. Ces douleurs sont dues à l'exagération de la sensibilité au contact et à la tension. Les contacts, à peu près insensibles et indolents dans une vessie saine, déterminent dans ces vessies malades des douleurs extrêmement vives, causées par la moindre exploration et même par les corps étrangers les moins offensants (caillots, grumeaux, fausses membranes.) La distension est encore plus douloureuse chez ces malades, dont la capacité vésicale est réduite à 15 ou 20 grammes, et chez lesquels l'introduction de la plus faible quantité de liquide arrache des cris de souffrance.

Le dr Albarran montre qu'il y a lieu de distraire du cadre des cys-

tites douloureuses certaines cystites de cause bien déterminée, à savoir, les *cystites par corps étrangers et calculs*, les *cystites néoplasiques* et les *cystites tuberculeuses*.

En dehors de ces causes, on voit parfois certaines cystites, pour des raisons qui nous échappent, acquérir une intensité vraiment extraordinaire et résister à tous les traitements; le plus souvent, ce sont des femmes qui présentent ces cystites tenaces et douloureuses.

La cause de ces cystites est le plus souvent banale : chez l'un c'est la blennorrhagie; chez un autre un cathétérisme malpropre a été le point de départ des accidents; ailleurs encore il s'agit d'une infection vésicale consécutive à une maladie infectieuse. Il n'y a dans tout cela rien qui soit spécial aux cystistes douloureuses; ici, comme dans les cystistes, les micro-organismes pathogènes pénètrent dans la vessie par l'urèthre, ou, d'abord contenus dans le sang, ils s'éliminent par les reins pour aller coloniser dans la vessie; exceptionnellement les microbes peuvent pénétrer dans la vessie par effraction directe ou par la voie lymphatique.

Mieux que son mode d'arrivée dans le réservoir urinaire, la variété de l'agent pathogène pourrait nous expliquer la ténacité et la gravité de l'infection vésicale, mais nos connaissances à ce point de vue sont encore bien incomplètes.

On sait que les micro-organismes pathogènes des cystites sont, en dehors des variétés exceptionnelles, le coli-bacille, les staphylocoques pyogènes, le protéus de Hauser, le streptocoque pyogène et le gonocoque. Dans les cystites rebelles on peut trouver un ou plusieurs de ces microbes associés.

Mais ce n'est pas tant le microbe, ce sont les lésions produites qui sont la cause de la ténacité si particulière des cystites douloureuses; c'est en premier lieu *la profondeur des lésions* qui ne se limitent pas à la muqueuse elle-même; la sous-muqueuse, la couche musculaire, souvent encore le tissu cellulaire périvésical sont atteints.

Un autre caractère anatomique des cystites douloureuses rebelles, très digne de remarque est celui du *siège des lésions au voisinage du col;* on sait en effet que des lésions de même nature, de même étendue, de profondeur semblable, déterminent des symptômes beaucoup plus intenses lorsqu'elles siégent près du col que lorsqu'elles sont situées dans le bas-fond ou sur les faces latérales ou antérieure de la vessie; au surplus, ce sont le plus souvent des lésions banales de cystite intense : muqueuse rouge, ecchymotique par places, exulcérée dans certains endroits, plus ou moins recouverte par des exsudats muco-purulents, par des lambeaux pseudo-membraneux.

L'exulcération de la muqueuse avec chute de l'épithélium et mise à

nu du derme est chose banale dans les cystites chroniques; dans certains cas, l'inflammation aboutit à la néoformation de bourgeons embryonnaires constitués par des vaisseaux et des cellules rondes, parfois assez développés pour que la cystite mérite le nom de végétante; d'autres fois, la muqueuse présente un aspect verruqueux tout spécial, qui peut ressembler à la peau de chagrin à gros grains, ou être constituée par tout un essaim de petits papillomes fongiformes; enfin, une autre altération est la transformation cornée de l'épithélium, à laquelle Hallé a donné le nom de leucoplasie vésicale.

Il n'est malheureusement pas facile de préciser le diagnostic de toutes ces lésions, même avec la cystocopie, qui présente ici des difficultés parfois insurmontables.

Le dr Albarran insiste sur la nécessité de bien examiner les malades pour reconnaître les lésions rénales qui souvent accompagnent les cystites rebelles.

Pour le *traitement*, il est toujours utile de commencer par les moyens les plus simples, par les topiques agissant directement sur la muqueuse vésicale; c'est aux *instillations* qu'on aura recours et non aux lavages, qui distendent la vessie et provoquent ses contractions. Suivant les cas, on pratiquera des instillations de 15 à 30 gouttes de liquide, en particulier lorsque l'on emploiera le nitrate d'argent en solutions concentrées de 1 à 3 ou 5 p. c.; d'autres fois on pratiquera de petites injections de 1 à 4 ou 5 grammes de liquides médicamenteux; de sublimé du 1 p. 4000 au 1 p. 5000 en solution aqueuse; de l'huile gaïacolée au 3 ou 5 p. c.; on pourra encore employer le gaïacyl, l'antipyrine, etc.

Les moyens les plus utiles sont en général le nitrate d'argent et le sublimé.

L'auteur fait une remarque à ce propos, d'une grande importance pratique : pour que les instillations ou les injections de petites quantités de liquide produisent le maximum de leur effet curatif, il est nécessaire que la vessie qui reçoit le liquide soit vide; or, il est prudent toujours, en commençant le traitement, de s'assurer que la vessie se vide complètement d'une manière spontanée, d'autant plus que, même chez des malades jeunes, la cystite douloureuse peut s'accompagner d'un certain degré de rétention d'urine.

Le traitement topique le mieux conduit échoue malheureusement avec une très grande fréquence dans les vielles cystites douloureuses : parfois, après une amélioration de courte durée, on voit les mêmes symptômes si pénibles, revenir; d'autres fois on n'obtient même pas de soulagement momentané.

Il faut alors avoir recours au *traitement opératoire*.

L'intervention chirurgicale dans les cystites rebelles comprend différents procédés dont nous allons étudier sommairement les indications : ce sont la curetage de la vessie, l'écouvillonnage, la dilatation du col, l'ouverture de la vessie avec repos de l'organe, la taille hypogastrique avec grattage, cautérisation, ou extirpation partielle de la muqueuse.

Le *curetage de la vessie*, imaginé par Guyon, est une opération simple, pratique, surtout applicable chez la femme, parce que chez elle on l'exécute facilement par l'urèthre; chez l'homme, la nécessité de pratiquer au préalable une boutonnière périnéale fait du curetage un moyen exceptionnel.

Le curetage de la vessie donne surtout de bons résultats lorsque les lésions sont limitées autour du col, dans les points où la curette produit surtout un effet utile. Lorsqu'il s'agit de cystite simple, sans lésions pseudo-membraneuses ou ulcéreuses étendues, sans transformation papillaire du derme ou cornification leucoplasique de l'épithélium, le curetage peut conduire à la guérison de la cystite; lorsque ces lésions existent, il est de règle de voir le curetage échouer plus ou moins complètement Même lorsque le curetage réussit il est nécessaire de continuer les soins après l'opération : l'amélioration du début s'accentue, et les mêmes moyens qui échouaient avant l'opération conduisent progressivement à la guérison après le grattage de la muqueuse. Chez certains malades on peut ainsi, par le curetage suivi du traitement topique, obtenir une certaine amélioration, qui bientôt ne progresse plus; si on pratique alors un nouveau grattage de la vessie, on peut souvent augmenter le bénéfice acquis.

L'auteur passe sans insister sur l'*écouvillonnage* de la vessie et sur la *dilatation du col*, ces moyens étant par trop infidèles.

Par contre, la *fistulisation de la vessie* pratiquée dans le but de laisser l'organe au repos, constitue une première ressource thérapeutique : la mise au repos de l'organe procure dès le début un soulagement notable; les douleurs cessent souvent comme par enchantement, et les lésions graves de la vessie finissent par guérir complètement lorsque la fistulisation est suffisamment prolongée.

On se comporte d'une manière différente chez l'homme et chez la femme. Lorsqu'une femme est atteinte de cystite douloureuse rebelle aux traitements habituels, on pratique la taille vésico-vaginale, l'urine s'écoule par le vagin pendant plusieurs mois et même des années, et la fistule n'est fermée que lorsque la cystite est guérie. Chez l'homme on ne pratique qu'exceptionnellement la boutonnière uréthrale ou la taille périnéale; presque toujours on a recours à la taille hypogastrique. Guyon a surtout préconisé la taille hypogastrique, dont

le grand avantage est de permettre l'exploration minutieuse de la vessie et l'emploi, au moment de l'opération, du grattage ou de la cautérisation thermique que peuvent indiquer les lésions déterminées par la cystite. Aussi bien lorsque la fistulisation vésicale s'est faite par le vagin que lorsqu'elle a été pratiquée par la voie hypogastrique, il est nécessaire, comme l'a montré Guyon, de continuer le traitement local de la cystite : on obtient ainsi des guérisons plus rapides.

Le dr Albarran trouve que la taille hypogastrique devrait être l'opération de choix chez la femme également ; si on a choisi la taille vaginale, c'est à cause de la simplicité de l'opération et de son inocuité ; mais à présent, la taille hypogastrique est aussi inoffensive.

En ce qui regarde la pénible infirmité constituée par la fistule, on peut dire qu'avec les appareils actuellement en usage on recueille assez bien les urines des fistules hypogastriques, tandis que les appareils pour les fistules vésico-vaginales sont tous mauvais : les femmes renoncent presque toujours à ces réservoirs qui laissent macérer la vulve entière dans l'urine, et il n'en est guère qui puissent marcher avec les appareils américains qui se placent dans le vagin ; on voit presque toutes les femmes se contenter de garnitures de linge plus ou moins compliquées, qu'elles doivent changer plusieurs fois par jour. En somme, le sort d'une femme dont la vessie est ouverte par le vagin est bien plus pénible que celui d'une autre femme qui porte une fistule hypogastrique avec un appareil semblable à celui qui s'emploie pour les hommes.

En résumé, telles sont les indications thérapeutiques dans les cystites douloureuses rebelles de la femme. Commencer par les moyens usuels : traitement interne ; instillations, tout spécialement instillations de nitrate d'argent ou de sublimé faible. Si on n'obtient pas de résultat, essayer, si possible, de pratiquer la cystoscopie pour fixer le diagnostic.

Si les lésions sont celles de la cystite banale, sans productions verruqueuses, ni leucoplasie, ni ulcérations, pratiquer le curetage. Continuer ensuite les instillations ; refaire au besoin un second curetage. En cas d'échec, taille vésico-vaginale ; laisser la fistule jusqu'à ce que les urines soient claires et que la sensibilité de la vessie au contact des instruments ait disparu ; fermer alors la fistule.

Si le cystoscope montre des foyers végétants, des plaques de leucoplasie, des ulcérations, pratiquer la taille hypogastrique, cureter les fongosités en passant la curette non seulement par la plaie, mais encore, pour bien cureter le col, par l'urèthre ; extirper les plaques de leucoplasie, cautériser au fer rouge les ulcérations multiples et étendues, enlever aux ciseaux les ulcérations discrètes et profondes en

suturant la muqueuse. Drainer ensuite la vessie; continuer le traitement topique, et ne fermer la fistule que lorsque la cystite sera bien guérie. L. D.

—

DU DYSPERMATISME.

Le dyspermatisme — auquel le dr Pousson consacre une étude dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* — est un terme générique servant à dénommer toutes les perturbations apportées à l'émission régulière du sperme, c'est-à-dire à l'éjaculation physiologique, alors que l'appétit génital existe, que l'érection est normale et l'intromission possible.

Ces perturbations sont diverses, mais les plus habituelles portent sur la force d'impulsion et la rapidité de progression du liquide éjaculé, et sur sa quantité, qui peut diminuer au point d'arriver à la suppression complète.

Tandis que bon nombre de sujets se plaignent de pertes séminales — pertes qui, soit dit en passant, ne sont le plus souvent constituées que par des produits de sécrétion de la prostate malade et ne réalisent qu'une fausse spermatorrhée — très peu se plaignent de difficultés ou d'absence de l'éjaculation; la raison en est dans la rareté de ce trouble fonctionnel.

Les causes du dyspermatisme sont classées par l'auteur en deux catégories, suivant qu'elles tiennent à une lésion organique des voies spermatiques ou qu'elles dépendent d'un trouble fonctionnel de l'appareil éjaculateur anatomiquement sain.

I. *Dyspermatisme organique.* Pour l'interprétation facile de son mécanisme, il est bon de rappeler *l'origine du liquide d'éjaculation*; or, le liquide éjaculé a trois origines : en premier lieu les testicules, l'épididyme et les canaux déférents qui fournissent les spermatozoïdes et une petite quantité de liquide visqueux destiné à assurer leur progression; en second lieu les vésicules séminales qui sécrètent une humeur abondante, de consistance crémeuse; en troisième lieu, enfin, la prostate qui laisse sourdre de son parenchyme un fluide laiteux et opalin.

Les diverses affections, dont peuvent être atteints ces trois organes, demeurent pour ainsi dire sans influence sur la quantité du sperme émis par le méat. La part la plus minime étant sécrétée par les testicules et les déférents, leurs maladies : anorchidie, atrophie, orchi-épididymite, déférentite, néoplasies diverses comme la tuberculose et le cancer, ne sauraient évidemment amener aucune diminution appréciable dans les 6 à 8 grammes de liquide s'élançant du méat à chaque éjaculation, d'après Cardelinus et Haller.

Son aspect physique est lui-même peu changé le plus souvent, mais les spermatozoïdes sont absents, rares, ou peu vivaces et impropres à la fécondation ; c'est l'*azoospermie*.

De même, les affections des petits réservoirs du sperme constituant les vésicules séminales ont sur la quantité du liquide éjaculé une influence peu appréciable ; leur oblitération complète empêche l'éjaculation d'avoir lieu, il n'y a dans ces conditions qu'un léger suintement prostatique peu abondant. La plupart des maladies de la prostate exagérant l'abondance de ses sécrétions, la cause de la diminution du produit de l'éjaculation, lorsqu'elle existe, ne peut guère être recherchée du côté de cet organe. En définitive, l'absence de sécrétion du sperme doit être considérée comme tout à fait exceptionnelle, et toutes les fois qu'un malade vient se plaindre d'une diminution dans la quantité du sperme émis au moment de l'orgasme vénérien, il faut, dit le dr Pousson, en rechercher la cause du côté des canaux éjaculateurs et de l'urèthre.

Affections des canaux éjaculateurs. A part les cas absolument rares d'absence des canaux éjaculateurs et de leurs abouchements anormaux, leurs altérations susceptibles de déterminer le dyspermatisme tiennent à l'obstruction de leur calibre par des produits pathologiques, à leur *oblitération* ou au contraire à leur *ouverture fistuleuse* à la suite de maladies ou de traumatismes de leurs parois, enfin, à leur compression par affections des organes voisins.

Lorsque les deux éjaculateurs sont oblitérés, l'excrétion de la liqueur séminale fait complètement défaut, c'est l'*aspermatisme* proprement dit.

D'après Reliquet, les phénomènes qui traduisent cette variété de dyspermatisme seraient tout à fait significatifs : outre l'absence d'éjaculation, il y aurait des douleurs extrêmement violentes à la fin du coït dans l'urèthre prostatique s'irradiant au gland, à l'anus et à tout le périnée ; c'est ce qu'il a décrit sous le nom de coliques spermatiques.

Les fistules des conduits éjaculateurs entraînent, comme leur oblitération, l'absence totale de l'émission du sperme par le méat au moment de l'orgasme, mais celui-ci s'échappe soit par le rectum, soit par le périnée, suivant le point où s'ouvre le trajet.

Affections de l'urèthre. Le rôle de l'urèthre dans l'éjaculation n'est pas seulement passif. Ce canal, distendu et béant pendant l'érection du méat au bulbe d'après Bœckel, ne laisse pas passer le sperme dans sa cavité, sans réagir sur lui, mais en vertu de son élasticité, il en accélère le cours et en augmente la force de projection. Ce ne sont donc point seulement les rétrécissements de l'urèthre, mais encore ses inflammations chroniques entraînant la perte de souplesse de ses

parois qui sont susceptibles d'apporter une certaine gêne à l'éjaculation. Le méat plus particulièrement joue un rôle important dans ce phénomène. En effet, ses lèvres turgescentes au moment de l'orgasme vénérien sont pour ainsi dire agitées de battements par l'afflux sanguin, que les contractions des muscles ischio et bulbo-caverneux déterminent dans le gland, et ainsi elles interviennent pour une grande part dans les bondissements du jet de la liqueur séminale. Il en résulte que l'étroitesse de l'orifice uréthral au gland, la rigidité, l'état œdémateux et pour ainsi dire paralytique de ses lèvres deviennent une cause de dyspermatisme et sont invoqués au nombre des facteurs de la stérilité.

En fait de lésions, à moins d'oblitération presque complète du canal, les rétrécissements et les autres affections de l'urèthre ne donnent jamais lieu à l'aspermatisme proprement dit; ce que les malades constatent ordinairement, c'est l'issue sans force du sperme qui s'écoule lentement et en bavant après l'orgasme vénérien, c'est le bradyspermatisme de Cusson. L'éjaculation, ne se faisant plus par soubresaut, est parfois douloureuse. Il en est plus particulièrement ainsi dans les cas de brides, de valvules déviant ou obstruant partiellement les embouchures des éjaculateurs : les malades à la fin de l'acte vénérien éprouvent comme un bouillonnement intérieur; le sperme reflue en grande partie dans la vessie et ne sort qu'en faible quantité par le méat un moment après la cessation de l'érection.

II. *Dyspermatisme fonctionnel.* L'éjaculation est le résultat d'un réflexe dont l'arc sensitif a son point de départ physiologique dans les organes génitaux externes, le gland plus particulièrement : le centre se trouve dans la moelle lombaire et l'arc moteur aboutit à l'appareil musculaire assez complexe propulseur du sperme. Nous pouvons d'après cela rapporter à trois origines les conditions étiologiques du dyspermatisme : perte de la sensibilité pénienne et scrotale; destruction complète ou partielle du centre génital spinal; perturbations fonctionnelles des muscles éjaculateurs. Une quatrième condition étiologique doit être placée dans les centres psychiques volontaires du cerveau, qui exercent un contrôle si grand sur les fonctions de la moelle et qui ont sur l'éjaculation un rôle analogue à celui qu'ils possèdent sur la miction et la défécation.

Dans certaines affections du système nerveux déterminant l'*anesthésie des organes génitaux*, par exemple le tabes, l'éjaculation, malgré le priapisme qui souvent tourmente ces malades, peut faire défaut, parce que l'excitation périphérique commandant au centre réflexe de la moelle n'existe plus. En réalité, l'aspermatisme est exceptionnel chez les ataxiques, et ce que l'on observe bien plus souvent chez eux, c'est l'éjaculation prématurée, survenant avant le

début même de l'acte vénérien, c'est-à-dire le prospermatisme. Rapprochons de ces cas de perte de la sensibilité des organes génitaux les quelques faits dans lesquels l'amputation du gland a supprimé le réflexe éjaculateur. Par un mécanisme tout autre que le défaut de mise en jeu du pouvoir excito-moteur de la moelle, la grande sensibilité de l'organe copulateur, telle que celle qui résulte de la mise à nu du gland à la suite de l'opération du phimosis, d'une balano-posthite, de la brièveté du frein, etc., peuvent devenir le point de départ du dyspermatisme:

L'influence de la *destruction du centre génito-spinal* sur l'éjaculation n'est plus à mettre en doute : fractures et luxations de la colonne lombaire, plaies ou myélites à ce niveau.

Dans la majorité des cas, toutefois, les troubles de l'éjaculation trouvent leur raison d'être dans une *perturbation fonctionnelle des muscles propulseurs du sperme*; il est intéressant à ce propos d'esquisser, avec l'auteur, le *mécanisme de l'éjaculation*.

Lorsque l'excitation du pénis et du gland est arrivée à son summum par le frottement vaginal ou tout autre attouchement, les vésicules séminales se contractant violemment, mais avec lenteur, déversent par les éjaculateurs leur contenu dans l'urèthre postérieur en même temps que le liquide prostatique y afflue par de nombreux canaux. Le sperme, trouvant à ce moment ce conduit fermé du côté de la vessie par la turgescence du veru-montanum et la contraction du sphincter vésical interne, et du côté du méat par la contraction du sphincter externe et des muscles de Wilson et de Guthrie de la portion membraneuse, y reste un instant emprisonné; mais bientôt le sphincter externe, les muscles de Wilson et de Guthrie se relâchent, le liquide se précipite dans l'urèthre antérieur dilaté par l'érection. C'est alors qu'interviennent les contractions brusques et répétées du bulbo-caverneux pour imprimer au produit de l'éjaculation son impulsion convulsive et bondissante.

Ici, se place le dyspermatisme qu'on observe chez les convalescents, les individus affaiblis par de longs excès et chez les vieillards

Enfin, il y a le *dyspermatisme d'origine psychique*; il résulte, par exemple, de la contraction spasmodique des muscles éjaculateurs; le sperme ne trouvant pas d'issue en avant, ne s'évacue pas au moment de l'orgasme vénérien et s'écoule sans force, lentement et en bavant, un instant après le coït quand cesse l'érection ; il arrive alors quelquefois que le sphincter interne, se laissant forcer par le liquide spermatique empêché de passer dans l'urèthre antérieur, lui permet de faire irruption dans la vessie. L'émission du sperme fait alors complètement défaut ou se réduit à une bien faible quantité de liquide

s'écoulant du méat à la chute de l'érection, mais en revanche, le malade rend à la première miction, mélangés à ses urines, une grande quantité de spermatozoïdes et d'autres éléments constitutifs de la liqueur séminale.

Enfin, dans une troisième variété de dyspermatisme psychique, le sperme est empêché de se déverser dans le canal prostatique en raison de la contracture des sphincters interne et externe qui, formant du col de la vessie à la portion membraneuse de l'urèthre un anneau ininterrompu, en effacent complètement la lumière. Dans ce cas, le produit des vésicules pressé par la contraction de leurs tuniques musculaires ne peut en sortir faute de place où s'épancher, et il en est de même du produit de sécrétion de la prostate. Non seulement alors l'éjaculation fait défaut, mais aucun liquide autre que celui sécrété par les glandes de l'urèthre antérieur ne s'écoule du méat après l'acte vénérien. Tandis que, dans les deux premières variétés, l'absence d'éjaculation ne s'accompagne d'aucune douleur, il n'en est pas de même dans la troisième où les contractions des vésicules ne pouvant se vider donnent lieu aux phénomènes douloureux de la colique spermatique comme dans les cas d'oblitération des éjaculateurs.

Parmi les causes du dyspermatisme psychique, il faut citer les préoccupations diverses assaillant l'esprit au moment où l'orgasme va se produire; il existe en outre des sujets chez lesquels le défaut d'éjaculation est le résultat d'efforts intentionnels en vue de retarder cet acte final du rapprochement sexuel.

Le traitement du dyspermatisme est entièrement basé sur les causes que nous avons exposées dans cette analyse. L. D.

STÉRILITÉ ET BLENNORRHAGIE.

Autrefois, on croyait que la femme était la seule coupable de la stérilité et que la guérison devait être uniquement cherchée dans l'intervention chirurgicale; depuis, on a reconnu que l'homme est pour beaucoup dans l'absence d'enfants.

Le dr Benzler a fait des recherches à propos de l'influence de la blennorrhagie en compulsant les cahiers d'observation de l'hôpital militaire de Hanovre.

Sur 3000 malades, il n'en est que 474 ayant été traités pendant leur service pour la blennorrhagie sur lesquels il put avoir des renseignements exacts au point de vue du mariage et des enfants. En tenant compte de tous les cas on trouve, en ce qui concerne les femmes, que 64, soit 13.5 p. c., n'ont jamais été enceintes; 78, soit 16.5 p. c., n'ont eu qu'un enfant; en somme 142, soit 30 p. c.

Sur 363 femmes dont les maris ont eu des orchites, 38, soit 10.5 p. c., n'ont jamais été enceintes; 63, soit 17.3 p. c., n'ont jamais eu qu'un enfant; total : 101, soit 27.8 p. c.

Ces chiffres démontrent que la blennorrhagie ne joue pas un rôle aussi important qu'on l'admet; la présence de l'ophtalmie blennorrhagique chez les nouveau-nés est une preuve que, malgré la blennorrhagie, il y a des grossesses et des naissances.

Un intérêt tout particulier s'attache aux cas dans lesquels les hommes ont prouvé leur aptitude à la fécondation avant comme après la blennorrhagie et ont rendu leurs femmes enceintes : mais celles-ci sont devenues stériles après la seconde couche. Ces cas démontrent d'une manière éclatante que la blennorrhagie n'enlève pas la puissance de procréation de l'homme, mais que ce sont les modifications pathologiques qu'elle provoque dans les organes génitaux de la femme qui ont pour conséquence la stérilité.

L'auteur a ensuite étudié l'influence de l'inflammation testiculaire, la plus importante des complications de la blennorrhagie entraînant la stérilité de l'homme, sur l'infécondité dans le mariage. Il a constaté une stérilité absolue dans 10.5 p. c. avec la blennorrhagie simple; dans 23.4 p. c. chez les malades atteints de blennorrhagie avec orchite d'un seul côté, et dans 41.7 p. c. avec orchite double.

Le dr Morel-Lavallée, de son côté, fait remarquer que nous n'en sommes plus au jour où on donnait comme un dogme l'infécondité obligée des sujets porteurs d'orchite bilatérale ancienne; seulement, on ignore encore dans quelles proportions de fréquence peut se récupérer le pouvoir fécondant.

Julien a bien dit qu'il fallait distinguer entre les orchites ayant frappé la queue de l'épididyme, — naissance des canaux collecteurs — et celles qui ont intéressé la tête de cet organe, c'est-à-dire un point quelconque *limité* de l'éventail convergent des canalicules séminifères, et donné un pronostic bon pour les derniers, mauvais pour les premiers.

Le dr Morel-Lavallée a rapporté deux faits qui témoignent en faveur du retour réel à la fécondité, au moins dans nombre de cas; la question est en réalité d'une solution difficile.

L. D.

—

HYGIÈNE MUSCULAIRE DES TABÉTIQUES.

Dans son travail, le dr Lagrange compare les diabétiques, au point de vue de la médication par l'exercice, aux neurasthéniques.

Des deux côtés, les bénéfices de l'entraînement sont considérables,

mais les dangers de la fatigue sont très grands. C'est pourquoi deux courants d'opinion de sens inverse semblent diviser les médecins, suivant qu'ils ont été plus frappés par l'urgence du bénéfice thérapeutique à obtenir, ou par les graves conséquences du danger à éviter.

Aucun praticien ne voudrait nier *les dangers du surmenage* qui sont, sans contredit, beaucoup plus redoutables dans le diabète que partout ailleurs. En effet, le surmenage peut aboutir à une complication toujours mortelle : le coma diabétique.

D'autre part, *le défaut d'exercice a aussi ses inconvénients*, et en voulant éviter le danger du surmenage, on s'expose à tomber dans un autre non moins évident, quoique moins effrayant et moins prompt à des conséquences funestes : c'est le ralentissement des oxydations organiques et l'aggravation des troubles multiples qui résultent de la nutrition ralentie.

Le mécanisme de l'amélioration de la nutrition chez le diabétique sous l'influence d'une oxygénation plus active des produits de désassimilation est si bien admis par tous les auteurs que tous s'accordent à préconiser les inhalations d'oxygène dans les périodes graves de l'intoxication diabétique. Mais on est plus sûr d'obtenir les effets curatifs de l'oxygène, quand on se borne à augmenter la consommation naturelle de ce gaz, en augmentant le travail des muscles, puisqu'on sait que, grâce à la suractivité de la respiration pendant l'exercice musculaire, l'apport au sang de l'oxygène atmosphérique peut s'accroître dans les proportions de 1 à 7, si on compare l'oxygène inhalé à l'état d'immobilité, et à l'état de mouvement très actif.

Si les effets de l'exercice se traduisent par une diminution des poisons organiques, grâce à l'oxydation plus complète des produits de désassimilation, il se trouve que l'état de fatigue, aboutissant si fréquent de l'exercice, a pour caractéristique l'augmentation momentanée de ces poisons ; de sorte que l'excès de fatigue place l'organisme, au point de vue des échanges nutritifs, dans les mêmes conditions que le défaut d'exercice.

Il faudra donc éviter la fatigue tout en faisant de l'exercice, en d'autres termes arriver à faire un exercice suffisant pour brûler le sucre, et assez faible pour ne pas augmenter l'acidité organique.

L'entraînement chez le diabétique ne peut se produire qu'à l'aide d'un *exercice quotidien régulier et progressif*, et non au moyen d'exercices intermittents, très espacés et exécutés de loin en loin. En procédant ainsi, le diabétique n'arrivera jamais à provoquer une accumulation de produits acides dans l'organisme, car la tendance du muscle à produire un excès d'acide diminue, à mesure qu'il s'accoutume à faire du travail.

Il ne faut pas mettre en œuvre un grand nombre de muscles simultanément, parce que ce serait faire produire une trop forte dose de travail à la fois.

On doit donc *éviter les mouvements composés* tels que les comportent certains exercices de sport comme l'aviron, l'escrime, la boxe ou les exercices violents de gymnastique. La gymnastique suédoise, qui décompose les mouvements, et surtout la mécanothérapie, qui règle d'avance l'intensité de l'effort local, tout en isolant les groupes musculaires actionnés, permettront seules d'appliquer, en toute sécurité, l'exercice aux diabétiques, dont l'entraînement doit être dirigé avec des précautions particulières.

Il faudra de plus répartir les doses successives de travail sur des groupes de muscles différents, afin d'éviter de fatiguer les mêmes groupes de muscles; cette précaution est indispensable chez les diabétiques amyosthéniques, c'est-à-dire très vulnérables à la fatigue.

Il faudra, enfin, couper les séances de mouvements actifs par des *mouvements passifs* propres à favoriser le nettoyage des muscles; par exemple, par des massages à tapottement ou à trépidation, — et faire intervenir de temps en temps les mouvements de respiration active et passive pour activer l'apport de l'oxygène au sang, et hâter l'oxydation et l'élimination des produits de la désassimilation musculaire. L. D.

—

TRAITEMENT DES PLAIES DU POUMON.

Le dr Delorme a résumé comme suit, à l'Académie de médecine de Paris, la ligne de conduite qui lui paraît la plus profitable à suivre en pareil cas :

La plupart des plaies pulmonaires par les balles, surtout par les balles de revolver du commerce, les armes blanches ou les instruments piquants et tranchants, guérissent très simplement.

Leur thérapeutique, qu'elle s'adresse aux plaies simples ou aux plaies compliquées d'hémorragie, d'hémoptysies, d'hémothorax, d'hémopneumothorax, de la présence de la balle, comporte, en première ligne, l'immobilisation générale et thoracique, et le pansement antiseptique occlusif de la plaie; en seconde ligne — et suivant la nature des accidents observés — l'emploi de la morphine, de l'éther, de la caféine, etc.

La morphine est particulièrement indiquée sous forme d'injections hypodermiques chez les blessés atteints en duels. Chez eux les luttes intimes de la passion, de l'amour propre froissé, la recherche pénible et plus ou moins artificielle du calme, entraînent, avec la douleur que

provoque la blessure, une perte d'influx nerveux qui prédispose à la syncope.

Quand les circonstances le permettent, le traitement aura lieu sur place au moins dans les premiers jours : les secousses et les efforts inséparables d'un transport à distance expose, en effet, les blessés à des douleurs vives et à des accidents hémorragiques.

Les injections de sérum sont un puissant moyen de combattre l'anémie traumatique à condition de ne les faire ni trop abondantes, ni trop rapides. Assurées avec moins de mesure, elles auraient l'inconvénient de congestionner le poumon, d'augmenter la gêne respiratoire, peut-être de prolonger l'hémorragie.

Dans les hémorragies pulmonaires sévères, dans les hémothorax graves qui menacent l'existence, les moyens employés communément pour l'arrêt des hémorragies légères ou moyennes sont trop souvent infidèles pour ne pas céder le pas à des modes d'intervention directe, à la ligature, la suture, le tamponnement, la compression.

Une brèche thoracique, d'étendue suffisante, permettra de mettre à découvert la région blessée.

Avant tout il faut chercher à voir clair, à aller vite et droit au but.

La crainte du pneumothorax total ne doit pas paralyser l'action du chirurgien, car, suivant que le poumon est ou non retenu à la paroi par des adhérences, ce pneumothorax est déjà produit ou ne se produira pas. Même en cas d'absence d'adhérences, il est loin d'être fatal, comme les recherches de Panas l'ont bien montré.

La découverte du poumon permettra d'assurer simultanément, par la suture ou le tamponnement antiseptiques, le traitement du pneumothorax traumatique concomitant de l'hémorragie et de l'hémothorax.

Une intervention semblable, c'est-à-dire l'occlusion directe des plaies des bronches pratiqué à la faveur d'une brèche du thorax, serait légitime aussi dans le pneumothorax étendu, persistant, le pneumothorax à soupape, sans hémothorax considérable, amènant la surdistension de la cavité pleurale, le refoulement du poumon sain et du cœur. Sa résorption est lente, sa reproduction incessante. L'ouverture de grosses bronches, qui lui donne naissance, expose à l'infection de la cavité pleurale, de là des dangers sérieux pour le blessé.

L. D.

—

LES BRUITS D'OREILLE.

Les bruits d'oreille sont divisés en *objectifs*, perçus à la fois par le malade et son entourage, et en *subjectifs* que seul le malade entend. Les premiers sont de beaucoup les plus rares ; les bruits subjectifs, qui sont des bruits d'oreille proprements dits et qui tourmentent tant de personnes, ont fait le sujet d'un article instructif du dr Castex.

Les bruits d'oreille varient presque à l'infini ; ce sont des bruits ou des sons, voire même, dans le domaine des hallucinations, des paroles et des chants.

Les malades empruntent les comparaisons aux bruits habituels des chemins de fer, de la mer, des forêts ; ainsi, ils vous diront qu'ils entendent un train en marche, ou le roulement confus des voitures ; d'autres croient entendre un jet de vapeur ou l'échappement d'un robinet de gaz ; ces deux bruits se rapprochent du son formé par les lettres *Djii*. Ce seront encore des sifflements, le bruit du vent dans les futaies ou d'une pluie d'orage tombant sur des feuilles ; le bruit de l'eau bouillante, des cascades, celui que l'on entend dans les gros coquillages quand on les approche de son oreille, le murmure de la mer, des tintements métalliques, le grésillement du grillon, le bourdonnement des abeilles, enfin des bruits de cloches ou de carillons.

Les *causes* sont nombreuses : les unes agissent directement, *in situ*, les autres indirectement, *à distance*, par le mécanisme des réflexes.

Parmi les *causes directes*, il en est de *mécaniques ;* par exemple, tout ce qui augmente, brusquement ou lentement, la pression intra-labyrinthique (traumatisme du crâne, de l'oreille), bruits violents (professions à marteaux, explosions des canons) ; les gros bouchons de cérumen agissent de même ; de même encore des douches d'air dans la trompe, les spasmes musculaires, les congestions de la tête, les températures élevées, les diverses narcoses par le chloroforme, etc. Les diverses dyspnées, la gêne de la circulation veineuse.

D'autres causes directes sont *pathologiques ;* dans ce nombre figurent toutes les otopathies et surtout les scléroses tympaniques ; mais il faut encore noter les corps étrangers du conduit, les otorrhées, les obstructions tubaires, les hémorragies et la syphilis de l'oreille, l'administration de la quinine et du salicylate de soude, l'ingestion du café, des alcools, l'emploi du chloroforme, de l'éther, du tabac ; les intoxications par le plomb, l'oxyde de carbone, l'acide carbonique, le paludisme, etc.

Parmi les *causes indirectes*, il y a les maladies de l'estomac, de l'utérus, les affections dentaires, les affections du bulbe, de la moëlle, les diverses névroses et les maladies mentales.

Dans la *symptomatologie*, notons que le malade entend les bruits tantôt dans les environs de son oreille, au dehors ; c'est ce qui se produit au début de son affection ; tantôt il les entend dans son oreille même, lorsqu'il s'est bien rendu compte par l'habitude que son organe est le siège même du trouble ; tantôt enfin il les entend à l'intérieur de la tête, à l'occiput ou sous les deux pariétaux.

Les bruits d'oreille augmentent la nuit à cause du silence et de la

déclivité du corps dans le lit; ils sont provoqués ou aggravés par les bruits extérieurs, sans qu'il y ait parité entre les uns et les autres.

Chez quelques sujets l'excitation qui résulte des tintouins peut aller jusqu'au vertige, mais s'ils prennent la précaution de se mettre dans le silence, la menace du vertige disparaît. Les bourdonnements diminuent généralement avec l'âge soit par le fait de la sclérose croissante des centres auditifs, car c'est souvent dans l'oreille la plus sourde qu'ils disparaissent d'abord, soit par l'épuisement du nervosisme.

Pour le *diagnostic* une première question se pose : le bruit est-il objectif ou subjectif?

Pour en décider, écoutez avec le malade et pratiquez l'examen physique de son appareil auditif.

Admettons qu'il est subjectif, reste à savoir s'il répond, ou non, à des lésions matérielles, s'il est perçu dans l'oreille ou dans la tête.

On doit chercher méthodiquement la cause dans les oreilles, dans le voisinage, dans les diverses parties du corps. On tiendra aussi compte du nervosisme, qu'il soit seul en cause ou qu'il joue le rôle de circonstance aggravante.

Enfin, avant d'entreprendre le traitement, on verra si la personne qui consulte n'est pas tout simplement un neurasthénique rendu tel par des chagrins, des veilles, des excès de travail cérébral.

Quant à la signification étiologique, l'observation semble démontrer que les bruits sourds sont musculaires, les bruits isochrones au pouls, artériels et les bruits continus, veineux.

Ces deux derniers sont influencés par la compression digitale sur les vaisseaux du cou, ou dans les fossettes rétromastoïdiennes sur les artères vertébrales.

Le bruit de coquillage correspond surtout à l'occlusion des conduits externes ou des trompes d'Eustache (bouchons de cérumen, catarrhes tubaires).

Les sifflements s'observent dans les tympanites aiguës et les bouillonnements dans l'otorrhée.

Les tintements, cloches, cascades, appartiennent aux scléroses tympano-labyrinthiques.

Souvent d'ailleurs ces divers bruits se combinent ou alternent entre eux.

Quant au *pronostic*, les tintouins amènent à la longue un énervement intense. Plus de calme, plus de travail possible, plus de sommeil, les malades ne savent plus ce que c'est que le silence. Il en résulte diverses perturbations physiques et mentales ou cet état d'excitation particulière que Gellé a désigné sous le nom de *labyrinthisme* Ils en arrivent aux idées de suicide, rarement suivies d'exécution.

Le *traitement* est principalement étiologique.

Il y a d'abord les moyens spéciaux applicables aux maladies de l'oreille sur lesquels nous passons : ainsi, quand les bruits sont le résultat d'une *pression exagérée sur le labyrinthe*, c'est au *cathétérisme des trompes* qu'il faut recourir.

Quand il s'agit d'*ischémie* labyrinthique, la *trinitrine* se recommande.

Solution alcoolique de trinitrine à 1 p. c.	XXX gouttes.
Eau distillée	30 grammes.

Dont le malade prendra de 1 à 3 cuillerées à potage, chaque jour, pendant une vingtaine de jours, tous les mois.

Si l'ischémie dépend d'une *maladie du cœur*, la *digitale* et les autres médicaments cardiaques sont indiqués.

Par contre, il peut y avoir *hyperhémie* otique, par exemple dans la ménopause, les cardiopathies, les constipations habituelles; alors, il y a lieu de recourir aux *dérivatifs intestinaux*, aux *stypages*, aux réfrigérants sur la tête, au lait, aux iodures et principalement aux injections hypodermiques de *pilocarpine*.

Chlorhydrate de pilocarpine	1 gramme.
Eau distillée	50 grammes.

5 gouttes par jour.

Il faut voir encore si ces bourdonnements ne dépendraient pas d'une affection des reins, du foie, de l'estomac, s'il ne s'agirait pas de névrites toxiques ou infectieuses de l'auditif.

Ne pas oublier surtout de voir si dans les fosses nasales et le cavum il n'y aurait pas quelques lésions expliquant les bourdonnements.

Quand la cause échappe, s'attaquer directement aux symptômes par des *pointes de feu à la nuque*. Quel que soit le mode de révulsion adopté, il est mieux de ne pas l'appliquer directement à l'apophyse mastoïde. L'auteur a vu des vésicatoires mastoïdiens aggraver les bourdonnements. Divers médicaments pourront rendre des services en l'espèce; les bromures, l'antipyrine, le chloral, la phénacétine, la bromidia, le bromoforme, la valériane, l'opium, le salicylate de soude, en somme tous les *médicaments nervins* ou sédatifs.

Le cimicifuga racemosa, vanté dernièrement, ne vaut pas mieux que les bromures.

L'électricité n'est pas à dédaigner, surtout sous la forme de *courants continus*. L. D.

DE L'EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE DE L'EAU OXYGÉNÉE.

Il importe de ne pas confondre l'eau oxygénée (peroxy de d'hydrogène) avec l'eau oxygénatée ou eau chargée d'oxygène. Tandis que la première est une combinaison chimique ayant ses propriétés propres, l'eau

oxygénatée, analogue à l'eau gazeuse chargée d'acide carbonique, n'est qu'une dissolution dans l'eau de gaz oxygène sous pression. Connue depuis longtemps, l'eau oxygénée n'est venue en vogue que dans ces dernières années, les progrès de la chimie ayant permis d'obtenir un produit pur, de dosage déterminé, au lieu d'un produit de facile décomposition et renfermant des impuretés.

De l'étude physiologique et expérimentale du peroxyde d'hydrogène, sont sorties ses indications thérapeutiques.

C'est d'abord un excellent *antiseptique :* Miquel le considère même comme supérieur aux solutions de sublimé journellement employées. Aussi, ne faut-il pas s'étonner de l'avoir vu préconisé avec succès non seulement dans le traitement des plaies septiques, mais aussi contre le muguet, contre la diphtérie, contre les lésions parasitaires de la peau, contre les vaginites, les métrites.

L'emploi de l'eau oxygénée comme antiseptique présente d'immenses avantages. En effet, bien des agents employés jusqu'ici ne sont pas sans inconvénients : leur action caustique aux doses où ils sont antiseptiques, leur toxicité surtout lorsqu'ils sont en contact avec la muqueuse, sans parler de l'odeur qu'ils peuvent présenter, ont été la cause de réelles critiques. Avec le peroxyde d'hydrogène, il n'en serait pas de même : l'eau oxygénée n'est nullement toxique, elle est caustique lorsque la proportion d'oxygène contenue est trop forte, mais jamais en clinique on n'a recours à ces solutions concentrées, difficiles à obtenir et à garder à cause de leur facile décomposition. Les succès obtenus l'ont été avec une eau oxygénée contenant au maximum 10 à 12 volumes d'oxygène.

L'action antiseptique de l'eau oxygénée semble surtout avoir donné de bons résultats dans les suppurations fétides et dans les suppurations anciennes s'accompagnant d'atonie des tissus. Elle possède un pouvoir excitant qui aide au bourgeonnement et à une cicatrisation plus rapide des plaies.

Touchard, professeur à l'école dentaire, publiait cette année une série de recherches sur l'action de l'eau oxygénée employée dans les affections dentaires comme antiseptique, et prouvait que la majeure partie des microorganismes, si nombreux dans la bouche, sont anéantis ou atténués après des lavages à l'aide de l'eau oxygénée.

En fait, en *thérapeutique dentaire*, l'eau oxygénée donne des résultats remarquables dans les cas d'abcès, de fistules dentaires, d'accidents consécutifs à la dent de sagesse et dans la maladie de Fauchard : périostite alvéolo-dentaire.

Dans les *otorrhées*, elle a été surtout recommandée par le dr Buys presqu'à l'égal d'un spécifique.

Le dr Lucas-Championnière a particulièrement vanté l'eau oxygénée dans tous les cas de *plaies suppurantes*, surtout quand la suppuration prend un caractère de malignité.

Il a rapporté un cas où le remède, grâce à son action antiseptique et à son pouvoir de pénétration dans les tissus, a été spécialement utile : celui d'un écrasement du genou ayant donné naissance à un foyer d'une septicité extraordinaire pour le nettoyage, duquel on avait recouru inutilement à l'acide phénique, au sublimé, au chlorure de zinc, au permanganate. Le sujet était en pleine septicémie lorsque le chirurgien tenta des lavages et des attouchements avec l'eau oxygénée. Le résultat fut merveilleux. Les accidents suppuratifs s'atténuèrent avec une rapidité qui tint du prodige. Contre toute attente, le patient conserva son membre inférieur et il semble qu'il a dû la vie à l'action de l'eau oxygénée lavant les foyers septiques.

L'auteur encouragé par ce résultat a recouru à l'eau oxygénée dans d'autres cas de septicémie et il a obtenu les mêmes succès. Aussitôt, dit-il, après l'irrigation par l'eau oxygénée, l'atténuation de la suppuration est si manifeste qu'en maintes circonstances au lieu d'un pansement quotidien, il suffit de faire un pansement tous les deux ou trois jours. Puis, lorsque ces irrigations oxygénées ont été répétées, la suppuration s'arrête, et l'on peut en venir à panser la région comme dans les cas dans lesquels il n'y a pas eu de suppuration primitive. Si les foyers purulents sont très étendus, ce lavage du foyer est suivi d'une distension considérable par l'oxygène qui se dégage dans la cavité. Il se manifeste par l'écoulement au dehors d'une sorte de mousse abondante. Quelques malades accusent une sensation de cuisson. La plupart n'accusent aucune douleur. Dans les cas de septicémie la chute immédiate de la température est des plus remarquables. En un mot, on observe l'arrêt presqu'immédiat du phénomène de suppuration banale et de l'empoisonnement septique.

L'eau oxygénée serait de la même façon très utile *après l'ouverture des grands abcès*, où elle procure sinon une suppression immédiate de la suppuration, au moins une telle diminution de cette suppuration que les phénomènes de la réparation ont marché avec une rapidité que l'on n'observe jamais dans d'autres circonstances.

Le même clinicien s'est également bien trouvé de l'eau oxygénée pour l'asepsie de certaines régions, par exemple du vagin avant l'hystérectomie, en *injections vaginales ou intra-utérines* après l'avortement et dans le cas d'infection.

Le peroxyde d'hydrogène ne jouit pas seulement de propriétés bactéricides; c'est aussi un *hémostatique* de premier ordre.

En 1895, P. Petit montra que, dans les métrorragies, l'eau oxygénée portée au contact de la muqueuse utérine à l'aide d'un tampon d'ouate arrêtait les hémorragies en excitant la fibre lisse, et par coagulation du sang en activant la précipitation de la fibrine, sans altérer les éléments figurés.

Gellé fils, en l'employant comme antiseptique dans les lésions auriculaires étudia son pouvoir hémostatique et la considéra comme supérieure aux hémostatiques habituels avec lesquels il la compara : eau de Rohl ; eau de Beaufort ; élixir acide de Haller ; solution d'antipyrine au 1/10 ; perchlorure de fer. Aussi, la recommande-t-il au cours des opérations sur les fosses nasales pour arrêter les hémorragies qui viennent si souvent gêner l'opérateur. Portée au niveau du foyer hémorragique à l'aide d'un tampon, on voit, sous son action, le sang se décolorer rapidement, l'hémorragie cesser, et il ne s'écoule plus pendant quelques instants qu'une sérosité blanchâtre qui permet de continuer l'opération. Pour cet auteur, l'eau oxygénée agirait surtout dans les hémorragies capillaires ; son action se ferait par l'intermédiaire d'une vaso-constriction, mais cette vaso-constriction ne serait que temporaire et serait suivie d'une vaso-dilatation, d'où son action moindre dans les hémorragies des gros vaisseaux.

Si, comme antiseptique et comme hémostatique, l'emploi de l'eau oxygénée semble rationnel et explicable, il n'en est pas de même, au moins actuellement, dans la *médication interne* ; car, au contact des tissus, l'eau oxygénée se décompose rapidement.

Préconisée d'abord par Laboulbène dans la chlorose et la tuberculose, où les résultats n'ont pas été des plus évidents, l'eau oxygénée a été employée depuis deux ans avec succès par P. Gallois dans les *vomissements incoercibles*, au cours de la grossesse chez des malades où jusqu'alors toute thérapeutique avait été impuissante.

Dans le même but, on a préconisé son emploi dans les vomissements des tuberculeux et dans les vomissements urémiques.

Quant au *mode d'emploi*, l'eau oxygénée usitée en thérapeutique doit être privée de toute impureté, légèrement acide — elle renferme généralement une petite portion d'acide sulfurique — ou mieux neutre, et sa teneur en oxygène doit être dosée ; comme antiseptique ou comme hémostatique, on se servira d'un liquide renfermant de 6 à 10 volumes d'oxygène. Dans le pansement des plaies, on l'appliquera sous forme de pansement humide.

Dans les affections oculaires, Vacher n'emploie qu'une solution titrant de 2 à 3 volumes d'oxygène.

Pour les soins de la bouche, Touchard se sert de solutions étendues. Il met une cuillerée à bouche d'une solution mère à 2 ou 3 volumes

d'oxygène dans un verre d'eau bouillie pour gargarismes. Dans les cas de fistule dentaire, dans la maladie de Fauchard, il injecte directement la solution mère.

Pour l'usage interne, dans les vomissements, P. Gallois préconise la formule suivante : Une cuillerée à café à une cuillerée à soupe pour un litre d'eau de peroxyde d'hydrogène à 10 volumes ; à prendre aux repas : ce qui représente 5 à 15 grammes d'eau oxygénée. C'est, en général, au bout de deux à trois jours que l'effet est obtenu.

A l'état pur, le peroxyde d'hydrogène est un liquide incolore, inodore, de saveur métallique ; déposé sur la langue, il la blanchit légèrement ; sa densité est de 1,452 ; il se dissout facilement dans l'eau, l'alcool et l'éther.

Pur, il ne doit pas donner le moindre louche après l'addition d'acide sulfurique.

L'eau oxygénée est un liquide dont la teneur en oxygène varie. On peut employer en thérapeutique un liquide chargé au maximum de 20 fois son volume d'oxygène, mais, dans l'immense majorité des cas, la teneur ne dépasse pas 10 à 12 volumes d'oxygène. Un tel liquide s'obtient facilement et peut être gardé tel.

Il n'en est plus du tout de même pour l'eau oxygénée plus concentrée.

La décomposition facile de l'eau oxygénée, surtout lorsque sa concentration dépasse 12 volumes, a été une des grandes causes qui en ont retardé l'emploi. Elle doit être, en effet, gardée loin de la chaleur à l'abri de la lumière, dans des flacons de moyenne capacité, car plus est multiple la surface du verre avec laquelle elle est en contact, plus elle se décompose rapidement. L. D.

—

DES SUITES DE LA SYMPHYSÉOTOMIE ET DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

Le dr Abel a fait, à la Société médicale de Leipzig, une étude sur les conséquences de ces deux opérations pour l'avenir génital de la femme.

Sa statistique comprend 25 symphyséotomies, dont l'une a été faite une seconde fois à la même femme, et 53 opérations césariennes ; parmi les sujets de ces dernières, onze ont subi deux fois l'opération et quatre trois fois.

Ces symphyséotomies remontaient en moyenne à trois ans et demi, les opérations césariennes à six ans et demi.

La durée de la convalescence après la symphyséotomie, c'est-à-dire du temps écoulé entre l'opération et le moment de la reprise de la

marche facile et complète, est très variable ; elle oscille de cinq semaines à dix mois. D'une manière générale, elle a été d'autant plus longue que le bassin était plus étroit.

Dans tous les cas, la symphyse a conservé une mobilité, de un demi à trois quarts de centimètre, qui par elle-même n'entraîne aucune gêne et dont l'étendue ne paraît avoir aucune influence sur la rapidité plus ou moins grande du rétablissement. La guérison de la plaie des parties molles a plus d'importance à ce point de vue ; plus cette guérison se fait régulièrement, plus est rapide le retour de l'aptitude au travail. Les cas que l'on doit regarder comme des insuccès, sont ceux où il existe des douleurs ; celles-ci sont causées par le raccourcissement cicatriciel de la paroi antérieure du vagin, qui a pour conséquence des troubles de la miction et la rétroflexion de l'utérus.

Les résultats à distance sont bons et toutes les femmes ont recouvré l'aptitude complète au travail.

La guérison, à la suite de l'opération césarienne, est entravée par la fréquente élimination des sutures de l'utérus et par l'établissement d'adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale. Ces adhérences sont la cause de douleurs à l'époque des règles et surtout pendant une nouvelle grossesse.

Plusieurs cas de rupture de l'utérus ont été observés dans le cours des grossesses subséquentes, et il est certain que, même après une suture très exacte de la plaie utérine, la cicatrice est susceptible de se rompre. Dans huit cas il s'est fait une hernie par la cicatrice de la laparotomie.

Des femmes qui avaient subi la symphyséotomie, quatorze sont de nouveau devenues enceintes. Leur grossesse s'est faite comme d'ordinaire, et une seule fois la symphyséotomie a dû être pratiquée une seconde fois. Sept de ces femmes ont mis au monde tous leurs enfants ultérieurs (c'est-à-dire onze enfants) sans aucun secours. Il est évident que *la symphyséotomie modifie le bassin de telle sorte que les accouchements ultérieurs sont plus faciles*. Dans un tiers des cas il a été possible de constater que le bassin se trouvait un peu agrandi par l'interposition de tissu cicatriciel. Une distension nouvelle de la cicatrice symphysaire ne se produit pas par le travail de l'accouchement, et il n'en résulte pas davantage de gêne de la démarche, ni de diminution de la solidité de la ceinture pelvienne.

La répétition de l'opération césarienne ne rend pas l'opération plus dangereuse et ne cause pas une incapacité de travail plus marquée que la première intervention. L.

—

ACTION OXYTOCIQUE DE LA LACTOSE.

Le sucre de lait, outre ses propriétés, diurétiques, posséderait, d'après les recherches de M. G. Keim (*Presse médicale* 1898, p. 287), la vertu de renforcer l'énergie de la contractilité utérine pendant l'accouchement.

Le fait s'expliquerait par ce que l'oxydation de grandes quantités de sucre rétablit l'aptitude au travail des muscles fatigués ou épuisés.

La lactose n'agit que lorsque le travail est déjà depuis quelque temps en train et la dilatation déjà avancée.

La délivrance et le retrait utérin ne sont pas influencés, et ni la diurèse ni la sécrétion lactée ne sont augmentées.

La rapidité d'action de la lactose, son inocuité pour la mère et pour l'enfant, feraient d'elle un des plus précieux stimulants du travail.

Pour activer l'accouchement on en donne 20 à 25 grammes dans un 1/2 litre de lait; dose qu'on peut renouveler au besoin après 1 heure. L'essai du moyen est sans inconvénients. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 27 mai 1899.

Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le travail soumis à l'Académie par MM. les drs G. Bullot et L. Lor, à Bruxelles, intitulé : *De l'influence exercée par l'épithélium de la cornée sur l'endothélium et le tissu cornéens de l'œil transplanté.* — M. Nuel, Rapporteur.

Sur un œil de lapin transplanté dans le péritoine du même animal, le revêtement épithélial de la cornée non seulement continue à vivre, mais encore peut réaliser des régénérations notables, si préalablement on l'a lésé.

Dans les mêmes conditions, l'endothélium de la face cornéenne postérieure meurt. Il persiste, au contraire, vivant au niveau des endroits où l'on a enlevé l'épithélium avant de mettre l'œil dans le péritoine.

Au niveau des lacunes épithéliales, le tissu propre de la cornée ne se trouble ni ne se gonfle guère pendant les vingt-quatre heures de l'expérience. Au contraire, il se gonfle fortement et se trouble là où l'épithélium n'a pas été enlevé, et où l'endothélium est mort. Et ce serait cette mort qui semble favoriser l'imbibition du tissu cornéen par l'humeur aqueuse; de plus, cette humeur y est retenue, emmagasinée, par la présence de l'épithélium.

MM. Bullot et Lor croient pouvoir conclure aussi, qu'après enlè-

vement des revêtements épithélial et endothélial de la cornée, les liquides organiques baignant la membrane y pénétreraient plus facilement d'arrière en avant que d'avant en arrière.

Quant à la nature de cette influence « nécrobiotique » exercée par l'épithélium cornéen sur l'endothélium, les auteurs ne l'entament d'aucune façon.

De l'avis de la Commission, le travail de MM. Bullot et Lor est des plus intéressants; ils ont fait preuve d'un réel talent d'expérimentateur. Aussi la Commission propose-t-elle à l'Académie : D'adresser des remerciements aux auteurs; de les engager à continuer leurs communications avec la Compagnie, et d'insérer leur travail dans le *Bulletin*. — Adopté.

Suite de la discussion concernant l'obligation de la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses.

Sans attacher à cette déclaration une importance exagérée, M. Barella s'en dit partisan partout où, par suite d'encombrement, l'isolement et la désinfection ne peuvent être pratiqués convenablement à domicile, par exemple, dans les immeubles occupés par de nombreux locataires ne disposant que d'une chambre ou deux par famille.

Il insiste surtout sur l'isolement des infectés et il analyse une loi du royaume de Prusse datant de 1835, il y a donc soixante-quatre ans, dans laquelle ces mesures et la désinfection sont prescrites avec amende et prison en cas d'infraction.

On dit que les mesures coercitives répugnent à notre caractère. Cependant, ces mesures existent lorsqu'il s'agit de défendre le bétail, c'est à-dire la bourse des cultivateurs.

Les articles 319, 320 et 321 du Code pénal ne sont pas tendres sous ce rapport. Ils se résument comme suit : déclaration obligatoire d'un animal *soupçonné* d'être atteint de maladie contagieuse, isolement de l'animal infecté, pénalités très sévères contre la communication à des animaux sains de cette maladie infectieuse par suite de ce que le sujet malade n'a pas été isolé. Dans ce dernier cas, la pénalité comporte un emprisonnement de trois mois à six ans et une amende de cent francs à trois mille francs (art. 321).

Un arrêté royal du 15 septembre 1893 spécifie les maladies contagieuses qui, aux termes des articles susdits, peuvent donner lieu aux infractions relatives aux épizooties

Il en résulte que des peines sévères protègent la santé du mouton, de la chèvre, du porc, etc Et l'homme? — Ce sera sans doute pour plus tard, après le rouget du porc.

M. Barella montre, en s'appuyant sur des documents sérieux, que la non-pratique forcée de l'isolement pendant la guerre franco-allemande, a donné lieu à une mortalité effrayante en Prusse par suite de la variole contractée en France, mortalité beaucoup moindre dans l'armée, où tout sujet est revacciné à l'incorporation, que dans le civil.

M. Barella termine par les conclusions suivantes :

1. La déclaration d'une maladie infectieuse pouvant devenir le

point de départ d'une épidémie est obligatoire, chaque fois que l'isolement et la désinfection ne peuvent être pratiqués à domicile.

2. Dans les immeubles servant de logement à plusieurs et souvent à de nombreuses familles, et dans lesquels le défaut de place rend l'isolement impossible, le médecin traitant fera diriger immédiatement le malade sur l'hôpital, s'il en existe un dans la localité. La chambre que le malade a occupée sera immédiatement désinfectée avec tout ce qu'elle peut contenir. Un logement convenable devra être fourni à la famille évincée.

3 Le service civil de santé et l'autorité supérieure sont priés de prendre des mesures nécessaires pour qu'il y ait dans tous les hôpitaux, ou en dehors d'eux s'il n'y a pas d'hôpital dans la commune, des pavillons d'isolement pour les maladies infectieuses suivantes : choléra, peste, variole, fièvre typhoïde, diphtérie, dysentérie épidémique, fièvre puerpérale.

4. Le décès à son domicile d'un malade qui aura succombé à une affection infectieuse sera immédiatement signalé à l'autorité, et là où la chose est possible, comme dans les centres populeux, le service d'hygiène local fera pratiquer la désinfection au moins de l'appartement qu'occupait le décédé et du contenu de cet appartement.

5. Un service public de désinfection sera établi partout où la chose est possible.

6. Quoique la phtisie ne soit pas transmissible au même titre, et suivant le même mode que la rougeole, la variole, etc., il sera également précédé à la désinfection complète en cas de décès de tuberculeux.

7. Cette opération sera faite, dans tous les cas, sous la direction et la surveillance du bureau d'hygiène local. La police s'assurera que la désinfection sera effectuée en plein, d'une manière énergique et efficace.

8. La loi obligera les communes d'avoir au moins un hôpital. Toutefois, deux communes peu importantes pourront n'avoir qu'un hôpital pour elles deux. Ces hôpitaux seront construits d'après un plan type donné par l'Etat; ils seront proportionnés à la population à desservir, pourvus de pavillons d'isolement et d'un matériel de désinfection.

— M. Rommelaere prend ensuite la parole.

I. *A qui faut-il imposer*, demande-t-il, *la déclaration obligatoire?* — Les deux termes : déclaration obligatoire et indication du déclarant sont connexes. L'honorable M. Schrevens aurait voulu les disjoindre, mais les propositions qui nous ont été soumises impliquent l'obligation de la déclaration par le médecin *et* par la famille ou le principal occupant de la maison, sous peine d'amende et de prison.

L'honorable M. Hubert admet que l'obligation n'existe pour le médecin qu'à défaut de déclaration du chef de famille ou du principal occupant. Le médecin aura donc à s'assurer que la déclaration est faite; autant dire qu'elle lui est imposée.

J'estime que la dénonciation de la maladie contagieuse n'incombe pas au médecin : ce n'est pas son rôle, il n'est pas l'agent du pouvoir.

Il est consulté pour traiter le malade; il doit la déclaration de l'affection à la famille; il indique les mesures hygiéniques et thérapeutiques à prendre dans l'intérêt du malade et des membres de la famille. Mais son rôle se termine là et il n'y a pas lieu pour lui d'introduire d'office dans cette famille, dont il est l'homme de confiance, un personnel administratif qui interviendra d'autorité pour imposer des mesures d'isolement, de désinfection, etc., dont la prescription revient au médecin traitant.

La question de la déclaration imposée au médecin a été déjà soulevée à l'Académie en 1864 à la suite d'un rapport de M. Sovet. Vleminckx, père, et Crocq se sont élevés avec la plus grande énergie contre le principe nouveau que l'on voulait introduire dans la profession médicale. Le langage de feu Vleminckx a été des plus catégoriques : « Quel que soit le dommage qui puisse résulter d'un système » contraire pour l'hygiène publique, je prétends que, sous nos lois, » sous notre constitution, le Gouvernement n'a rien à prescrire aux » médecins. »

II. *La déclaration obligatoire a-t-elle une utilité réelle?* — Nous ne le croyons pas; dans l'état actuel, la déclaration volontaire ne sert à rien, parce que les autorités communales, sauf de rares exceptions, ne sont pas outillées pour faire appliquer les mesures d'isolement et de désinfection nécessaires, ni pour faire exécuter les travaux d'assainissement indispensables pour prévenir l'extension et la reproduction des épidémies. Les médecins réclament incessamment l'exécution des mesures indispensables, et toutes leur démarches échouent devant l'inertie des pouvoirs exécutifs. La declaration obligatoire ne changera rien à cette situation; les autorités communales resteront inertes comme par le passé.

Le seul travail utile, l'isolement et la désinfection, est fait d'après les indications du médecin; la part de travail qui incombe à l'administration reste à l'état de lettre morte.

III. *L'obligation de la déclaration est-elle une mesure pratique chez nous?* — La coercition administrative répugne à nos mœurs; il suffit souvent d'y mettre l'étiquette *obligatoire* pour paralyser des mesures dont l'utilité est cependant reconnue. Il en est de même en Angleterre où la vaccination obligatoire a donné des résultats tellement inférieurs à ceux que produisait la vaccination facultative que le Gouvernement anglais a rapporté la loi de coercition.

On répond que les mœurs se modifieront chez nous, comme elles se sont modifiées dans les pays voisins qui ont introduit le principe de l'obligation.

En France, la loi a produit si peu d'effet que l'on en est venu à demander que la déclaration soit imposée à la famille, et *non au médecin*. En Angleterre, le résultat n'est guère plus satisfaisant.

En Hollande, les résultats sont peu concluants pour les douze premières années de l'application de la loi de 1872, mais nous constatons que dans ce pays, il arrive souvent que l'on ne consulte pas le médecin par crainte de dénonciation de sa part.

IV. *Indication des maladies à déclaration.* — A qui confiera-t-on l'indication des maladies dont la déclaration sera imposée au médecin?

Le conseil supérieur d'hygiène a proposé d'attribuer au Gouvernement le droit de déterminer les maladies sujettes à déclaration.

L'attribution au Gouvernement du droit absolu, sans avis préalable, de déterminer ces maladies n'existe, à ma connaissance, dans aucun pays; le pouvoir législatif seul possède ce droit.

V. *Le secret professionnel.* — Il nous assure la confiance des familles, en garantissant celles-ci contre des indiscrétions dont nous ne pouvons pas toujours apprécier l'importance ni les conséquences. Le jour où l'obligation de la déclaration existera, on se garera du médecin comme d'un agent dénonciateur.

Il est très commode de dire qu'il y a deux catégories de maladies en présence du secret professionnel; les unes que l'on peut déclarer parce qu'elles ne font pas de tort au malade; les autres que l'on doit taire parce qu'elles constituent une tare indélébile pour le malade et parfois pour la famille. Mais, dans ces conditions de discrétion relative, du moment où vous refusez de déclarer une maladie, c'est parce qu'elle rentre dans la seconde catégorie. Etrange procédé d'observer le secret professionnel.

VI. *Contagion et épidémie.* — La proposition a le tort d'associer la contagion et l'épidémie dans un rapport de causalité dont la réalité est bien loin d'être établie.

VII. *Conclusion.* — Les mesures hygiéniques et sanitaires qui sont nécessaires sont de longue date formulées et réglementées.

Elles sont de deux ordres : mesures d'hygiène domestique et mesures d'hygiène publique.

Les mesures d'hygiène domestique, qui se résument dans l'isolement et la désinfection, sont assurées dans l'immense majorité des cas, grâce à l'intervention active et incessante des médecins.

Les mesures d'hygiène publique et administrative restent à l'état de lettre morte. De ce côté il y a une lacune qui est le vice capital auquel il y a lieu de porter remède. Les administrations communales sont, en réalité, dans l'état actuel, prévenues; on en trouve la preuve dans les plaintes qui sont sans cesse renouvelées par les Commissions médicales et dont nous retrouvons l'expression dans les rapports académiques sur les travaux des Commissions médicales. Malgré ces plaintes répétées, les administrations publiques ne bougent pas, à part quelques rares exceptions.

De ce côté, il y a tout à faire; il faut tendre à l'organisation de services exécutifs d'hygiène publique, et non à la formule inutile de la déclaration obligatoire.

— Cette discussion continuera dans la prochaine séance.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.
(Suite.)

Administration du mercure par la bouche.

Des diverses voies par lesquelles on a cherché à introduire le mercure dans l'économie, il n'y en a que trois qu'il faut conserver, c'est la voie buccale, la voie cutanée et la voie hypodermique.

La voie pulmonaire, que l'on a utilisée à l'époque lointaine où les fumigations étaient en honneur, est interdite à juste titre aujourd'hui à cause de ses dangers.

La voie sanguine a été proposée il y a quelques années par Baccelli mais sans succès ; j'en reparlerai.

L'ingestion par la bouche, dont je m'occuperai tout d'abord, est pour le mercure, comme pour la généralité des médicaments, le mode d'administration qui se recommande a priori par sa simplicité.

« Et, en effet, quoi de plus simple, comme dit Fournier, que ceci : avaler chaque jour une ou deux pilules, une ou deux cuillerées d'une solution, d'un sirop, d'une préparation mercurielle quelconque ? Cela n'est ni une gêne, ni un embarras ; cela se fait en un instant ; cela n'exige ni assistance, ni appareil, ni quoi que ce soit. »

Les malades apprécieront d'autant plus cet avantage que le traitement doit être long, même très long, se poursuivre pendant des mois, pendant des années.

Aussi, je ne prendrai pas la peine de démontrer pourquoi *la voie buccale est généralement préférée pour le traitement de la syphilis*, au moins dans notre pays et en France ; il n'y a pas en effet unanimité sur ce point.

On reproche à la mercurialisation par ingestion d'entraîner des troubles digestifs, d'une part, et d'autre part de ne pas être suffisamment énergique.

Ces reproches sont-ils fondés ?

Si nous faisons abstraction de la stomatite, phénomène consécutif à l'absorption du mercure, avec lequel il faut compter, quelle que

soit la voie d'introduction du remède, nous devons reconnaître qu'il y a des phénomènes exclusivement propres au mode d'administration par la bouche : ce sont ceux qui résultent de l'action directe du remède sur la muqueuse digestive.

Cette action est irritante ; exercée sur la muqueuse de l'estomac, elle se traduit aisément par de l'anorexie, de la dyspepsie ou de la gastralgie ; exercée sur la muqueuse de l'intestin, par des pincements douloureux, des coliques et de la diarrhée.

Bien que ces phénomènes soient susceptibles d'être atténués par une médication corrective, que leur intensité varie énormément d'un individu à l'autre, ils sont à ce point inséparables de la méthode qu'ils ne manquent jamais complètement.

C'est pourquoi *la voie buccale sera, dès le principe, interdite chez les sujets présentant un état morbide des voies digestives* (dyspepsie, gastrite, gastralgie, dilatation d'estomac, entérite), *ainsi que chez les débilités, les cachectiques*, dont les facultés digestives affaiblies, languissantes, demandent à être ménagées à tout prix.

Et, en effet, ne serait-ce pas un non-sens, se demande Fournier, que d'introduire du mercure dans un estomac qui ne tolère plus qu'à grand'peine quelques aliments légers et choisis ? C'est à ce titre qu'il proscrit la voie buccale chez les tout jeunes enfants, dont la vie, si fragile, ne s'entretient qu'au prix d'une alimentation suffisante.

Pour lui, donner du mercure par l'estomac à un nouveau-né syphilitique, chétif, malingre, presque moribond, en tout cas ne se rattachant à la vie que par l'intégrité de son système digestif, c'est risquer de le tuer. Il admet qu'on parvient bien à faire tolérer à de tels enfants une très petite dose de liqueur de Van Swieten, mais que cette dose est impuissante à les sauver et, répétant un mot déjà dit par lui, il prétend que le nouveau-né et le tout jeune enfant ne tolèrent le mercure par la bouche qu'à doses suffisantes pour les laisser mourir.

Une proscription aussi formelle de la voie buccale chez les petits enfants est-elle bien justifiée ? J'en ai soigné de bien débiles, exclusivement par le sublimé, et j'ai vu leur puissance digestive se relever, en même temps que leur état général, à mesure que se faisait sentir l'influence de la médication spécifique.

Une seconde cause d'interdiction concerne *les sujets chez lesquels*

on ne parvient pas à faire supporter le mercure par la bouche; chez eux, après quelques tâtonnements, il faudra bien abandonner cette voie d'introduction, si l'on ne veut voir survenir, sous l'influence de l'inappétence et de la diarrhée, une véritable dénutrition et un affaiblissement général grave.

Pareille intolérance idiosyncrasique du système digestif par rapport au mercure est en réalité exceptionnelle, et le reproche capital, dont est passible la voie buccale, c'est qu'elle est de toutes la plus ingrate, quant à ses effets.

Il s'en faut de beaucoup que tout le mercure ingéré soit mis à profit au préjudice de la diathèse; une portion notable — qu'il est du reste impossible d'apprécier, car elle est sous la dépendance de circonstances individuelles, essentiellement variables : l'état de la muqueuse digestive, la composition des sécrétions, la nature de l'alimentation — une portion notable, dis-je, des préparations mercurielles introduites par la bouche est dépensée en pure perte, soit que les selles diarrhéiques l'évacuent précipitamment au dehors sans lui laisser le temps d'être absorbée, soit qu'elle soit transformée en combinaisons réfractaires à l'absorption.

Et qu'on ne s'imagine pas qu'il s'agit dans l'espèce d'une particularité propre au mercure : le fait est général et mérite d'être signalé.

Effectivement, quand nous administrons à nos malades des médicaments actifs, et surtout des remèdes toxiques empruntés au règne minéral, nous ne devons pas nous figurer que la muqueuse digestive se prête complaisamment à leur absorption, et nous serions étrangement surpris de les retrouver en grande partie dans les déjections, si nous possédions une analyse exacte de celles-ci.

Je prendrai un exemple, particulièrement démonstratif : les préparations ferrugineuses, bien que le fer entre dans la composition de l'organisme, passent en grande partie dans les selles qu'elles colorent en noir.

Les préparations mercurielles sont à cet égard dans des conditions particulièrement désavantageuses, car elles jouissent toutes d'une action irritante et purgative à la fois.

Ce qui prouve que la fraction du mercure ingéré, livrée à l'absorption, est réellement insignifiante, c'est le fait, dont j'ai souvent été

témoin, qu'une dose vraiment minime du remède introduite dans l'économie par une voie sûre, quelques centigrammes par exemple, guérit comme par enchantement des manifestations syphilitiques contre lesquelles des doses énormes, à compter par dizaines de grammes, avaient été en vain dépensées sous forme de pilules.

Il faut noter en outre que nous n'avons pas même la ressource, en forçant les doses, d'augmenter sensiblement la quantité de mercure livrée à l'absorption, car il survient bien vite de tels phénomènes d'intolérance des voies digestives qu'il faut suspendre la médication.

Toujours est-il que l'expérience clinique montre que *la mercurialisation par la voie buccale est la moins énergique et la moins efficace.*

Chez certains sujets, elle est si faible que les manifestations de la diathèse n'en sont pas influencées d'une manière appréciable ; par conséquent, *chaque fois que nous nous trouverons en présence de lésions rebelles, réfractaires à la médication, nous devrons abandonner la voie buccale.*

Dans les conditions les plus favorables, l'action du mercure ingéré ne laissera pas que d'être lente et incertaine; aussi, *la voie buccale devra en général céder la place à une autre, à l'apparition de manifestations récélant un danger pressant*, soit pour la vie du sujet, soit pour l'intégrité d'un organe, car il importe alors de frapper un coup droit et fort.

Des composés mercuriels administrés par la bouche.

Les préparations, qui ont été proposées comme agents de la mercurialisation par la voie buccale, sont très nombreuses, mais il y a lieu de nous débarrasser tout d'abord de celles qui, ne réalisant pas un véritable progrès thérapeutique, constituent tout simplement un bagage inutile, et, à fortiori, de celles qui inférieures à d'autres, occasionnent des confusions regrettables.

C'est ainsi que nous éliminons d'abord deux préparations insolubles : le mercure métallique, que l'on a donné en nature (pilules bleues anglaises) ou éteint dans l'axonge (pilules de Sédillot), l'absorption du mercure métallique par la bouche étant trop inégale et trop

incertaine; puis le calomel, qui possède une action purgative trop préjudiciable à son absorption.

Parmi les préparations solubles, nous écartons le biiodure en dépit de la stabilité de sa composition et de l'énergie de son action, parce qu'il irrite trop facilement les voies digestives et est doué de propriétés toxiques trop accentuées pour servir de base à une médication régulière ; il ne s'emploie guère qu'associé à l'iodure de potassium dans le sirop de Gibert dont je parlerai.

Je ne m'arrête pas au cyanure, ni au salicylate, car je n'ai pas trouvé une seule bonne raison pour en faire des agents de mercurialisation par la bouche.

Le tannate de mercure a eu un moment de vogue, il y a quelques années ; ses partisans prétendaient qu'il ne provoquait aucun des troubles digestifs auxquels donnent lieu les autres sels mercuriels et qu'il n'exposait pas à la stomatite. Sur la foi de ces affirmations, j'ai pendant un certain temps administré le tannate à tous mes malades, mais j'ai bien vite reconnu qu'elles étaient hasardées et erronées, et j'ai emporté de ces essais la conviction que le tannate était moins efficace que les composés mercuriels usuels ; au fond, les chimistes ne considèrent pas le tannate de mercure comme un corps bien défini, toujours identique à lui-même.

Finalement, il ne nous reste que deux sels mercuriels propres à l'usage interne et nous n'avons pas besoin d'en avoir davantage ; c'est le bichlorure, mieux connu sous le nom de sublimé corrosif, et le protoiodure.

Auquel des deux allons-nous accorder la préférence ?

Je ferai observer tout d'abord que l'un est un type de médicament soluble — il se dissout dans l'eau dans la proportion de 1 partie pour 13 — l'autre est au contraire à peu près totalement insoluble dans l'eau.

Je vais tâcher de tirer de cette différence la diversité de leur action respective. Cette diversité s'accuse en premier lieu, très nettement, sur les organes digestifs.

Nous savons que les substances irritantes solubles impressionnent d'abord et d'une façon prédominante la muqueuse de l'estomac, tandis que les substances insolubles, traversant en général l'estomac comme

des corps inertes, ne manifestent guère leur action que sur l'intestin ; c'est ce qui a lieu en l'espèce : le sublimé irrite l'estomac plutôt que l'intestin, il provoque facilement de l'anorexie, des troubles dyspeptiques, des douleurs gastralgiques, mais rarement de la diarrhée ; c'est le contraire avec le protoiodure : il laisse généralement l'estomac indemne, tandis qu'il détermine volontiers des coliques ou de la diarrhée.

Comme les troubles de la digestion gastrique sont généralement plus pénibles que les troubles de la digestion intestinale, qu'ils sont moins faciles à corriger par une thérapeutique appropriée, on prétend que le bichlorure est en général moins bien toléré que le protoidure.

Pour établir d'une façon plus saisissante le parallèle entre le sublimé et le protoiodure, je prends l'exemple des préparations salicylées ; si le salol et le salophène ont leur raison d'être et une réelle utilité, c'est tout bonnement parce que ces combinaisons insolubles, traversant l'estomac sans être décomposées, sont mieux supportées par cet organe que le salicylate de soude, mais par contre, elles exercent une action thérapeutique moins rapide, moins précise. au total moins puissante, à tel point qu'il faut revenir au salicylate dans les cas, tels que le rhumatisme articulaire aigu, où il faut agir vite et énergiquement.

Il en va ainsi dans le cas présent ; *le sublimé est plus actif que le protoiodure.*

Je n'invoquerai pas les expériences au moyen desquelles on a cherché à établir que c'était invariablement sous la forme de chlorure ou plutôt de chloro-albuminate que le mercure était livré à l'absorption, d'où il résulterait qu'il est préférable d'introduire le mercure sous cette forme dans le tube digestif.

J'invoquerai seulement ce fait d'observation que les substances solubles dans l'eau s'absorbent plus aisément que les substances insolubles.

Les raisons en sont multiples : les substances solubles n'ont généralement plus besoin de subir de transformations avant leur absorption, puis, elles peuvent être données en solution dans l'eau, sous forme de potion, tandis que les substances insolubles ne se prescrivent que sous forme de pilules ou de poudres, formes médicamenteuses très ingrates au point de vue de l'absorption.

Au surplus, le protoiodure, provoquant facilement de la diarrhée, se perd en plus grande proportion que le sublimé sans avoir été utilisé.

Il n'est pas douteux pour moi que le sublimé influence les manifestations syphilitiques plus promptement et plus énergiquement que le protoiodure. J'ai administré, il y a peu de temps, en vue d'apprécier leur valeur respective, les deux remèdes successivement à une série de sujets qui se trouvaient dans des conditions spéciales pour me renseigner à cet égard, et aucun n'a hésité à me dire qu'il éprouvait des effets plus sensibles du sublimé que du protoiodure.

Ma conviction est faite, et j'ai depuis lors pour ainsi dire complètement abandonné le protoiodure; je n'hésite pas à dire que, *à part le cas exceptionnel d'intolérance absolue de l'estomac, le sublimé doit être préféré au protoiodure.*

Au surplus, il se fait depuis quelque temps une véritable réaction contre l'engouement en faveur du protoiodure. dont les vénérologues français ont été pris, à la suite de Ricord.

Fournier, dans son dernier ouvrage, ne dissimule pas sa préférence personnelle pour le protoiodure, tout en avouant qu'il est des cas où le protoiodure reste impuissant à réaliser ce qu'on obtient du bichlorure; la principale raison qu'il donne de cette préférence, c'est que le protoiodure permet parfois mieux que le sublimé de réaliser des effets thérapeutiques intenses, et cela parce qu'avec lui on a la faculté d'élever davantage les doses médicamenteuses sans offenser l'estomac.

Pour Fournier, le protoiodure est le remède usuel, courant, comme étant plus maniable, plus doux, mieux toléré en général que le sublimé.

Je n'ai pas trouvé, quant à moi, que de hautes doses de protoiodure fussent si faciles à faire supporter que le prétend Fournier : la diarrhée survient bien vite et oblige à suspendre la médication ou la rend illusoire.

Après tout, quand il y a des accidents sérieux ou rebelles réclamant des effets thérapeutiques « intenses », il vaut mieux abandonner la voie buccale.

La liqueur de Van Swieten, affirmait récemment le dr Brocq, répond à tous les besoins, et lorsqu'elle est bien maniée, elle permet d'éviter

la plupart du temps l'emploi d'injections sous-cutanées, et procure des effets thérapeutiques équivalents; le protoiodure, par contre, est un médicament très imparfait, ne fût-ce que parce qu'il est prescrit sous la forme pilulaire.

« La plus anciennement employée et la meilleure de toutes les préparations de mercure pour l'usage interne, a écrit Langlebert, est, sans contredit, le bichlorure de mercure. Ce sel est l'antisyphilitique par excellence. L'énergie de son action, qui permet de le prescrire à des doses minimes, la facilité avec laquelle il est absorbé, la propriété qu'il possède de ne provoquer que rarement la stomatite sont autant de qualités qui le placent au premier rang parmi les mercuriaux.

» Le protoiodure, étant insoluble, exige des doses considérables relativement à celles du bichlorure, et, de plus, il a l'inconvénient de causer très rapidement la stomatite ».

Le sublimé possède en effet une supériorité sur le protoidure, celle de ne provoquer que difficilement la stomatite, un des accidents les plus incommodes de la mercurialisation ; on a même pendant longtemps prétendu qu'il ne la provoquait jamais ; il est positif qu'à doses curatives, il n'influence pas les gencives.

N'est-ce pas une raison pour laquelle il est tombé dans un certain discrédit dans le traitement de la syphilis? Pour beaucoup, de nos jours encore, l'apparition de la stomatite est l'indice d'une saturation de l'économie par le mercure, et elle serait indispensable pour le plein effet thérapeutique du remède.

Or, nous considérons maintenant la stomatite comme un phénomène fâcheux, nuisible, et devons chercher à tout prix à l'éviter.

Il ne faudrait pas surtout supposer que ce sont les composés mercuriels les plus actifs qui donnent lieu le plus facilement et le plus rapidement à la stomatite.

Nous n'avons pu pénétrer encore toutes les conditions qui interviennent dans la pathogénie de la stomatite, mais nous savons qu'elle n'est pas produite *directement* par le mercure s'éliminant par les glandes salivaires ; le remède modifie simplement les conditions de circulation et de nutrition de la muqueuse buccale dans le sens d'une moindre résistance aux attaques des microbes qui normalement se trouvent dans la bouche ; c'est ainsi que, le plus souvent, avec des

soins minutieux de propreté, on parvient à éviter la stomatite, c'est ainsi encore qu'elle survient si aisément chez les sujets atteints de caries dentaires ou de lésions des gencives qui servent de première amorce à la pullulation microbienne, c'est ainsi enfin que s'explique ce fait paradoxal que les collutoires au sublimé, grâce à leur vertu microbicide, constituent une médication très efficace, héroïque parfois de la stomatite mercurielle.

Mais, d'où vient que toutes les préparations mercurielles ne produisent pas la stomatite avec la même facilité? Le mercure métallique et ses composés insolubles, tels que le calomel et le protoiodure, sont, à ce point de vue, beaucoup plus dangereux que les composés solubles, bichlorure, biiodure, etc.

Je ne sais si on a donné la raison de cette différence, mais elle me paraît évidente.

Les diverses prises de préparations insolubles peuvent rester s'accumuler dans le tube digestif, et, à un moment donné, sous l'influence de certaines réactions se produisant au contact des sécrétions ou des matières alimentaires, se transformer en préparations solubles et pénétrer dans la circulation à doses tellement massives qu'il survient une véritable intoxication, laquelle se traduit notamment par la stomatite.

Les préparations solubles, étant absorbées à petites doses, d'une manière régulière et constante, n'exposent pas ou exposent beaucoup moins à cet accident.

Je suis entré dans ces développements pour montrer qu'il ne faut nullement interpréter comme une preuve de son peu d'efficacité le fait que le sublimé ne provoque guère la stomatite ; le protoiodure, par contre, y expose beaucoup, et on la voit survenir parfois d'une manière soudaine, imprévue, en dépit des précautions prises.

C'est pourquoi, même de l'avis de Fournier, on n'hésitera pas à *préférer le sublimé pour les sujets dont la bouche en mauvais état exposerait trop à la stomatite.*

S'il fallait encore donner une raison de la préférence à accorder au sublimé, je dirais qu'il permet de conduire à moindre frais la médication antisyphilitique qui, par sa longue durée, devient pour beaucoup onéreuse.

Dosage des préparations mercurielles pour l'usage interne.

A coup sûr, le traitement de la syphilis ne fournira jamais un appoint à la doctrine homéopathique de l'efficacité des doses infinitésimales ; il réclame en effet des doses fortes, sous peine de rester insuffisant ou complètement inefficace.

On ne saurait trop insister sur ce point, parce que bon nombre de praticiens, redoutant par-dessus tout l'action toxique du mercure, s'en tiennent à des doses beaucoup trop faibles, réellement minimes.

Fournier a fait cette constatation que nombre de malades, soi-disant traités, n'ont jamais été soumis en réalité qu'à des médications insuffisantes, faibles, timides, inertes, forcément frappées d'impuissance.

J'ai eu souvent l'occasion de faire pareille constatation et j'avoue avoir dû mes meilleurs succès à cette circonstance.

Que de malades j'ai vu pour lesquels le diagnostic de syphilis avait été correctement porté, comme me le prouvaient les ordonnances qu'ils avaient reçues, et chez lesquels aucun effet appréciable n'avait été obtenu, à tel point que, de guerre lasse, les médecins avaient abandonné le premier diagnostic, et institué le traitement d'une vulgaire dermatose, d'un ulcère simple, ou proposé une intervention opératoire !

Nous avons dit auparavant que le traitement de la syphilis devait être prolongé pendant des années ; ce n'est pas assez, il faut encore que la dose journalière, administrée pendant la durée des cures, soit assez élevée.

« Il faut rester bien convaincu, comme avait déjà dit Ricord, que c'est sur l'action de chaque dose en particulier qu'il faut en quelque sorte compter et non sur la quantité totale du médicament, prise au moins d'une façon absolue, et que tel individu qui aura avalé cent grains de sublimé, par exemple, à doses fractionnées et pendant un temps fort long, aura été moins mercurialisé que tel autre qui aura employé le mercure en moindre quantité, en somme, mais à des doses journalières mieux appropriées à sa constitution dans un espace de temps beaucoup plus court. »

On ne doit pas craindre, en élevant les doses, de provoquer les accidents si redoutés et si exagérés du mercurialisme. « Le mercure,

comme l'a dit Rollet, n'est dangereux que bien au-delà des limites où il est efficace. »

En ce qui concerne le sublimé, la dose efficace moyenne est évaluée approximativement comme il suit par le prof. Fournier :

Trois centigrammes par jour, pour un homme adulte, de constitution moyenne;

Deux centigrammes pour une femme dans les mêmes conditions.

En ce qui concerne le protoiodure,

10 à 12 centigrammes par jour, pour un homme adulte;

7 à 8 centigrammes pour une femme.

Comme on le voit, la quantité journalière de mercure administrée est trois à quatre fois plus forte avec le protoiodure qu'avec le sublimé, ce qui montre bien, d'accord avec l'opinion que j'ai exposée, pourquoi le protoiodure expose davantage à la stomatite.

Formulaire des préparations mercurielles pour l'usage interne.

Il y a lieu de faire intervenir dans les prescriptions de mercure pour l'usage interne un médicament en quelque sorte correctif, c'est-à dire capable d'en faciliter la tolérance en empêchant ou du moins en atténuant les troubles des voies digestives; ces troubles consistent principalement, avons-nous dit, en des phénomènes douloureux et en de la diarrhée, et on devine de suite qu'aucun correctif ne sera mieux à sa place que l'opium.

Jadis, on prescrivait volontiers dans le même but l'extrait de lactucarium, mais on aurait tort de considérer ce médicament comme un succédané efficace de l'extrait d'opium.

La routine a encore conservé dans beaucoup de formules les extraits de gaiac, de salsepareille, de ciguë, auxquels on a attribué jadis une action avantageuse dans la syphilis, en qualité de dépuratifs; bien qu'ils ne nuisent pas, il faut les proscrire, pour ne pas avoir l'air de propager une idée fausse ou d'entretenir un préjugé.

Les formules les plus simples sont ici comme partout les meilleures.

A quel moment faut-il administrer le mercure?

Comme tous les remèdes irritants, au moment du repas, de préférence avant, mais il faut insister alors pour que ce soit *immédiatement*

avant ; en effet, si on n'insiste pas, beaucoup de malades prennent le remède quelque temps avant de manger, dix à quinze minutes, par exemple, et cela suffit pour qu'il provoque des gastralgies, des coliques, du dévoiement ; beaucoup de cas d'intolérance n'ont pas, ainsi que je l'ai constaté, d'autre origine, et, en effet, il n'y a pas de plus mauvais moment pour faire tolérer les remèdes irritants que celui où l'estomac et les parties supérieures de l'intestin sont complètement vides d'aliments.

Le mercure pourra aussi très bien être pris au milieu du repas ou immédiatement après.

Le bichlorure se prescrit sous deux formes : en solution ou en pilules.

La solution la plus usitée est connue sous le nom de liqueur de Van Swieten :

Bichlorure de mercure	1 gramme.
Alcool rectifié	100 grammes.
Eau distillée	900 grammes.

C'est une solution au millième, ce qui rend le dosage facile : une cuillerée à café renferme un demi-centigramme de sublimé, une cuillerée à dessert un centigramme, une cuillerée à soupe un centigramme et demi.

Un homme adulte en prendra donc une cuillerée à dessert à la fois — trois par jour — ou une cuillerée à soupe — deux par jour.

Pour tâter la susceptibilité individuelle des voies digestives, pour arriver graduellemeut à la tolérance, commencer par une dose faible, une cuillerée à café, par exemple.

Même, s'il faut en croire le dr Brocq, on obtiendrait des effets supérieurs dans les cas rebelles en fractionnant les doses.

Fournier conseille de diluer fortement la liqueur de Van Swieten pour la prendre, afin de la rendre moins irritante pour l'estomac ; la chose serait superflue, puisqu'on la prend en même temps que les aliments ; mais c'est pour masquer sa saveur plutôt que pour la diluer, qu'il sera souvent indiqué de la mêler à un sirop agréable, à de l'eau aiguisée de rhum, à une liqueur quelconque ; le lait est très utile, comme dit Langlebert, non-seulement pour masquer en partie la saveur désagréable et atramentaire que laisse toujours après lui le

bichlorure, mais encore pour atténuer son action irritante sur la muqueuse de l'estomac.

La présence d'alcool dans la solution la rend à la fois plus désagréable et plus irritante, et, comme l'alcool n'intervient dans la formule que pour favoriser la solution, que le sublimé est parfaitement soluble dans l'eau, la *solution purement aqueuse de sublimé*, qu'on prescrira également au millième, sera parfois, comme on l'a conseillé, substituée avec avantage à la liqueur de Van Swieten.

Il n'est pas d'usage d'ajouter de l'opium aux solutions de sublimé parce qu'elles sont généralement tolérées sans ce correctif; il ne faut y recourir que s'il y a des maux d'estomac ou de la diarrhée; j'ai coutume de prescrire alors une solution au centième de chlorhydrate de morphine et je recommande au malade d'en prendre un nombre de gouttes, 5 à 10 gouttes par exemple, variable selon la nécessité, en même temps que le sublimé; le laudanum rendra le même service.

L'adjonction d'opium est indispensable, quand le sublimé est administré en pilules; il est moins actif sous cette forme parce qu'il est moins sûrement absorbé; à part cela, la forme pilulaire n'a que des avantages, elle supprime l'affreuse saveur de la solution, et les pilules sont plus faciles à emporter avec soi qu'une bouteille, et surtout plus faciles à prendre en cachette.

Le dr Brocq a été jusqu'à prétendre que 4 centigrammes de bichlorure en pilules ne donnent pas plus de résultats que un centigramme sous forme de liqueur de Van Swieten, ce qui me paraît bien exagéré.

Les pilules de sublimé portent généralement le nom de pilules de Dupuytren, mais il ne faudra pas les prescrire sous ce nom, la formule authentique des pilules prescrites par Dupuytren étant, aux dires de Fournier, à peine connue; on formulera comme suit :

Bichlorure d'hydrargyre Extrait d'opium	} ââ 1 centigramme
Extrait de gentiane	q. s.
pour une pilule.	

Deux ou trois par jour.

Le protoiodure n'est administré qu'en pilules; chacune renfermerait, selon la formule de Fournier, *cinq* centigrammes de protoiodure et *un* centigramme d'extrait d'opium.

Je trouve la dose de protoiodure exagérée; je l'ai dit déjà, je n'ai n'ai pas trouvé que ce remède fût si facilement supporté que le veut Fournier; bon nombre de mes malades gagnaient de la diarrhée avec des pilules de 3 centigrammes déjà; je pense que l'usage de la bière, général dans notre pays, est pour beaucoup dans cette intolérance, car souvent il m'a suffi de recommander à mes malades en pareil cas de supprimer la bière ou d'en réduire la consommation, pour voir disparaître la diarrhée; à Paris, où l'on boit, surtout dans les hôpitaux, du vin rouge très astringent, je conçois que la tolérance soit plus facile à obtenir; il m'est arrivé plusieurs fois de devoir, pour supprimer la diarrhée, doubler, comme le faisait Ricord du reste, la dose d'extrait d'opium dans chaque pilule, mais alors il survient d'autres incommodités : de l'inappétence, de la torpeur intellectuelle, de la somnolence.

Je ne m'en tiens pas dans tous les cas à une formule unique pour le protoiodure, mais la modifie selon les cas dans les limites suivantes :

Protoiodure de mercure	3 à 5 centigrammes
Extrait d'opium	1 à 2 centigrammes
Extrait de gentiane	q. s.
pour une pilule.	

Deux, puis trois par jour.

A tout prendre, quand on voudra recourir à la forme pilulaire, j'estime qu'il vaut mieux s'adresser au sublimé qu'au protoiodure.

On veillera dans tous les cas à ce que les pilules soient fraîchement préparées et de consistance molle; ces pilules d'usage courant sont quelquefois préparées d'avance dans certaines pharmacies et elles deviennent à la longue dures comme du bois.

Il est cependant si simple, comme dit Fournier, de conserver à ces pilules une mollesse convenable! Il suffit pour cela que le pharmacien ait la précaution d'y ajouter une petite dose de glycérine.

Fraîches ou anciennes, les pilules dures risquent dans tous les cas de ne pas être absorbées, et qui sait combien de ces pilules mercurielles, combien d'autres pilules que nous prescrivons couramment, passent intactes ou à peu près dans les selles? Un malade m'affirmait dernièrement qu'il avait compté dans une évacuation sept pilules à

la fois, c'est-à-dire la quantité ingérée en plus de deux jours, de pilules prétendûment stomachiques !

Les praticiens devront donc se défier de la forme pilulaire et ne pas s'étonner si beaucoup de malades et, dans le cas présent, beaucoup de syphilitiques ne sont guère améliorés par le traitement, banal en notre pays comme en France, au protoiodure; ils auront la ressource alors de recourir au sublimé, surtout en solution ; ce sera mieux encore de recourir d'emblée et systématiquement au sublimé.

Je tiens en effet à redire en terminant que *les solutions de sublimé constituent incontestablement le procédé de mercurialisation qu'il faut préférer pour l'usage interne, comme le plus simple, le plus efficace et le plus économique à la fois.* Dr L. DANDOIS.

A.334

DE LA DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES.

Discours de M. E. Hubert à l'Académie. (Séance du 24 juin 1899.)

Messieurs, dans le petit hors-d'œuvre qu'il me dédie en tête de son discours, mon honorable collègue, M. Rommelaere, me sert trois reproches : je l'aurais accusé de manquer de bon sens et d'attention, et je n'aurais apporté ici rien que des fleurs.

C'est, je crois, Descartes qui a dit : Le bon sens est ce qu'il y a de plus rare; tout le monde cependant croit le posséder. Ne puis-je pas me croire aussi favorisé que « tout le monde » ? A l'avouer ingénument, s'il y a peut-être présomption, il n'y a, certes, offense pour personne ; je n'ai pas prétendu au monopole ! et le peu de bon sens que je m'attribue, mon honorable Collègue ne peut se plaindre que je le lui dérobe.

Quant à l'attention dont M. Rommelaere veut bien honorer mes discours, je n'en puis plus douter : la manière dont il a critiqué le dernier montre bien que rien ne lui échappe.

Enfin, j'aurais apporté ici des fleurs, énormément, en bouquets, en bottes, toute une anthologie ! Je ferai remarquer : que quelques fleurs ne sont pas déplacées dans un salon ; que tous les discours que j'entends ici ont toujours l'élégance soignée, et même un peu fleurie,

qui convient dans une Académie ; que la toilette dont on revêt sa pensée est une politesse que l'on fait à l'auditoire ; que je crois ne pas avoir poussé la politesse trop loin, et, enfin, que je ne puis pas être tombé dans le ridicule à prendre le ton de la maison.

Mon honorable Collègue m'avait demandé de lui démontrer l'utilité de la dénonciation obligatoire, et cette exigence était légitime, car il est évident que si la dénonciation est inutile, je dois des excuses à l'Académie pour le temps que je lui ai fait perdre à l'en occuper.

Cette utilité — que M. Rommelaere ne voit pas — me crève les yeux. Je la vois attestée par tous les peuples qui nous entourent. Tous les parlements européens auraient-ils pris des mesures sévères — on a dit vexatoires — pour assurer une chose qu'ils auraient jugée sans utilité ?

L'unanimité des parlements n'est-elle pas la résultante de l'unanimité des Académies, des Conseils d'hygiène et des hygiénistes qui ont poussé les gouvernements à prendre ces mesures ?

Quoiqu'il se trouve à la tête du service d'hygiène le mieux organisé du pays, notre collègue, M. Janssens, ne soutient-il pas avec nous le principe de l'obligation, et réclamerait-il les renseignements que nous voulons lui assurer, s'il croyait n'en avoir pas besoin ?

Quelle meilleure preuve de l'utilité d'une chose peut-on désirer que tous ces témoignages ? Des chiffres ? — Je ne vous en ai point apporté parce que je n'étais pas en situation de les rassembler et parce que, en somme, les bienfaits d'une mesure d'hygiène ne s'établissent pas avec la même aisance qu'une addition. Toutes les statistiques prêtent à la controverse et l'on aurait vraisemblablement objecté aux miennes : Les résultats heureux que vous faites découler de la loi, nous les attribuons, nous, à d'autres causes : les grands travaux d'assainissement, la création d'égoûts, les distributions d'eau, les « variations cycliques de la virulence », etc. Tous ces facteurs, sans doute, doivent être pris en considération, et il sera toujours malaisé de déterminer la part exacte qui revient à chacun d'eux dans l'amélioration des tables de mortalité.

Mais je crois avoir fait mieux que prouver l'*utilité*, je crois avoir montré la *nécessité* de la dénonciation obligatoire. A quoi servent l'outillage le plus perfectionné et les pouvoirs les plus étendus, si l'on

ne sait où les employer? Ce sont armes dans des mains d'aveugles. M. Rommelaere veut l'organisation des services d'hygiène, moi aussi; où nous différons, c'est en ceci : pour leur permettre de remplir leur fonction tutélaire, je les veux bien éclairés; lui, pas.

Dois-je refaire mon discours? Il tient en cette constatation de faits, suivie de sa conclusion logique : Nous ne sommes pas convenablement armés contre les épidémies — « si peu que rien », dit M. Barella — la loi de 1831 est sans effets; les pouvoirs municipaux sont illusoires; la bonne volonté des praticiens est insuffisante. — Cela est-il contesté ou contestable? Eh bien, alors l'utilité ou la nécessité d'un effort généreux et viril pour arriver à mieux ne s'impose-t-elle pas? Et est-ce à nous croiser les bras ou à tenter l'effort que nous ferons notre devoir?

M. Rommelaere s'est donné beaucoup de peine pour persuader que je me fais des illusions, que je n'arriverai à rien et que mes propositions sont vexatoires et inutiles. Je pourrais me borner à lui répondre : *etiam si defuerint vires, tamen laudanda voluntas;* mais, en raison de l'autorité qui s'attache à sa parole, je lui dois une plus longue réplique et je vais le suivre dans son argumentation avec autant d'attention qu'il en a prêtée à ce qu'il appelle mes fleurs. Pour ne pas abuser des moments de l'Académie, je ne m'arrêterai qu'aux grandes lignes de son discours.

I. *A qui faut-il imposer la déclaration obligatoire?* — Au chef de famille et, à son défaut, — au médecin, disons-nous ici depuis 1896 (1). M. Rommelaere objecte : Le médecin devant avertir de son devoir le chef de famille et, s'il ne l'accomplit pas, l'accomplir à sa place, il en résulte qu'au fond le médecin reste toujours en cause. — Sans doute, puisqu'il est le seul compétent. Seulement, comme nous l'avons fait remarquer, si la loi est sévère, le chef de famille s'empressera d'obéir, et, par conséquent, l'homme de l'art n'aura à se déranger en personne que dans de très rares occasions.

Ce n'est pas son rôle, dit M. Rommelaere; il est appelé pour traiter, pour indiquer les mesures hygiéniques et thérapeutiques à prendre,... et son rôle doit s'arrêter là.

S'il ne veut pas laisser remplir le rôle par le seul homme compétent, est-ce aux incompétents qu'il va le confier, ou veut-il que personne ne

(1) Séance du 25 avril 1896.

s'en charge? Il reconnaît cependant *comme une vérité élémentaire* que, « pour pouvoir prendre des mesures en vue de prévenir l'extension d'une maladie susceptible de devenir épidémique, il est *de toute nécessité* que l'existence de la maladie soit constatée ». Cette constatation *nécessaire*, il est nécessaire que le médecin se dévoue à la procurer. Sans son assistance, l'autorité reste paralysée, le vrai rôle du médecin est d'être une lumière et un guide.

Mon honorable Collègue m'oppose l'autorité de deux de nos anciens Présidents qui ont affirmé ici, l'un, M. Vleminckx, que « sous notre Constitution, le Gouvernement n'a rien à prescrire au médecin »; l'autre, M. Crocq, que « ni l'Académie, ni la Commission médicale, ni le Gouvernement, ni une autorité quelconque, ne peut dire au médecin : En vertu de votre diplôme, vous allez faire telle ou telle chose ».

Je suis vivement contrarié d'être mis en demeure de fournir la preuve qu'il est arrivé un jour à deux Présidents d'Académie de verser dans l'erreur;

En raison de leur profession, les médecins peuvent être mis à réquisition par l'autorité administrative et judiciaire, et voici le texte de la loi qui le prouve : « Les médecins, les chirurgiens... qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les visites, services ou travaux pour lesquels ils auront été légalement requis, seront punis d'une amende de 50 à 500 francs. En cas de récidive, le maximum sera toujours prononcé. »

Ce maximum ne semble-t-il pas viser spécialement les rodomontades de ce genre : « Je ne le ferai pas, parce que vous me l'ordonnez; si vous ne me l'ordonniez pas, je le ferais peut-être. » Une boutade ou un propos d'enfant gâté, que M. Crocq a dû regretter... et qu'il eût mieux valu ne pas rééditer.

M. Vleminckx ajoutait — et je suis tout à fait de son avis : « Il faut que les médecins ne soient pas, vis-à-vis du Gouvernement, des fonctionnaires... Si le Gouvernement a besoin des fonctionnaires... il n'a qu'à les créer et à les payer. »

Si le Gouvernement peut nous demander des services, à notre tour, nous pouvons lui demander qu'il les rétribue. C'est le quinzième desideratum de la Fédération médicale belge, et j'espère qu'il y sera généreusement fait droit.

Je n'ai pas vu que la Fédération — qui a cependant fort à cœur et la dignité et les intérêts de la profession — ait réclamé contre l'obligation de dénoncer certaines maladies. Et elle a eu raison, car cette obligation n'est pas une innovation ou une nouvelle tracasserie : elle se trouve déjà dans la loi de 1831 — assez vague, il est vrai, pour pouvoir être éludée — et la voici encore, très précise cette fois, dans un arrêté royal. trop récent pour être sorti des mémoires.

L'article 23 de l'arrêté royal du 31 mai 1885 porte : « Le médecin a le devoir, en cas d'apparition dans sa clientèle d'une *maladie transmissible* ou *pouvant devenir épidémique*, d'en donner immédiatement connaissance à l'administration communale de la localité où il a constaté la maladie. »

Il ne s'agit donc pas du tout, comme on semble le croire, de rendre la déclaration obligatoire : elle l'est déjà ! — et nous demandons simplement, dans l'intérêt de la santé publique, que l'arrêté royal existant ne reste pas lettre morte.

II. *La déclaration obligatoire a-t-elle une utilité réelle?* — Fût-elle à jet continu, estime M. Rommelaere, elle n'aurait encore aucune vertu prophylactique. Pourquoi? Parce que l'autorité ne fera rien dans environ 2,600 communes où elle n'est pas outillée.

Nous avons d'autres espérances. Il y a déjà en Belgique un grand nombre de villes qui se sont mises en état de défense et nous comptons que les autres, même Alost, suivront leur exemple.

Le Gouvernement, en effet, ne peut pas obliger les médecins d'avertir les autorités communales, sans exiger en même temps de celles-ci qu'elles écoutent les avertissements et remplissent leur devoir, et ainsi, espérons-nous, prendra fin le déplorable jeu de raquette des responsabilités qu'on se rejette, le médecin disant : Je ne dénonce pas, parce que le bourgmestre ne fera rien — le bourgmestre : Je ne bouge pas, parce que je ne suis pas informé!

Les petites localités seront, sans doute, un peu lentes à entrer dans la voie du progrès; mais, même au village, on commence à ne plus se montrer insoucieux des choses de l'hygiène; et la question des hôpitaux intercommunaux, où pourront être conduits tout de suite les malades qu'il est dangereux de laisser chez eux, paraît à peu près

mûre. « Les communes, a dit fort judicieusement M. Barella, ont toutes une école primaire et une église. Pourquoi ne seraient-elles pas tenues d'avoir chacune leur hôpital? » *Chacune* est peut-être trop exiger. Mais elles pourraient se mettre à plusieurs : la mode est aux associations et aux coopératives.

Je ne sais quelle station balnéaire de notre littoral M. Rommelaere a visée. Si c'est Blankenberghe, je me figure que c'est sous la pression de la dénonciation de son état d'insalubrité au pays que l'édilité, menacée dans ses intérêts, s'est enfin décidée à de grands frais d'assainissement.

III. *L'obligation de la dénonciation est-elle une mesure pratique chez nous?* — L'étiquette « obligatoire » est mal vue chez nous, — même par certains Présidents d'Académie, — et notre tendance à rechigner devant les meilleures choses, dès qu'elles nous sont imposées, est déplorable. Nous ne sommes pas les seuls à souffrir de cette infirmité. Ainsi, en Angleterre, la vaccine obligatoire en était venue à ce point d'impopularité que le Parlement a dû rapporter la loi. — Qu'on ne s'empresse pas trop d'en tirer argument contre toutes les réglementations. — Chez ce peuple, réputé pour son sens pratique, maintenant que la vaccination est redevenue facultative, elle va devenir plus obligatoire que jamais! Je viens de lire que 70 compagnies d'assurances sur la vie sur 80, ont renouvelé les dispositions de leurs contrats : 15 refuseront d'assurer les non-vaccinés; 57 refusent de payer les primes quand le décès est dû à la variole, et l'on voit aujourd'hui les membres du Cabinet qui a aboli l'obligation, le lord de la Chancellerie, les ministres de la guerre, de la marine et des postes, la rétablir en fait, en n'acceptant plus que des employés vaccinés.

Après l'exemple de l'Angleterre, M. Rommelaere m'oppose celui de la France : il se retourne contre lui. Il n'est pas raisonnable d'attendre des effets d'une loi qui n'est pas observée, et il est clair qu'à suivre les mêmes errements que nos voisins du midi, nous aboutirions aux mêmes déconvenues.

En Hollande, notre honorable collègue constate d'abord qu'il est difficile de se rendre compte de l'influence exercée par la loi de 1872, et il cite le dr Dozy, selon lequel « cette influence est nulle pour la

rougeole et la scarlatine, douteuse pour la fièvre typhoïde; la diphtérie a augmenté, mais il y a diminution pour la variole. » Donc, résultats discutables, et que nous abandonnons volontiers aux adversaires de notre thèse. Mais dans une note, pour laquelle je lui dois des remerciements, M. Rommelaere cite aussi le dr Saltet, professeur d'hygiène à Amsterdam. Ne s'est-il pas aperçu que Saltet renverse Dozy de fond en comble et m'apporte un appui inattendu, l'enseignement de l'expérience acquise ou l'argument décisif des faits?

En étudiant la période 1875-1895, le professeur hollandais a constaté : *un déclin de* 10 *p. c. pour la mortalité générale; de* 16 *p. c. pour la tuberculose et de* 63 *p. c. pour la fièvre typhoïde!*

Pour une loi « inutile », voilà, certes, une bonne loi inutile! et je n'obtiendrais pas davantage en Belgique, que cela me consolerait d'avoir dû réfuter mon honorable collègue si compendieusement.

Je ne parlerai pas de tous les autres Etats européens — que M. Rommelaere passe sous silence; — je n'ai pas sur eux de documents positifs et je le regrette; je les demande et je les attends avec confiance; — il me paraît impossible qu'ils n'établissent pas avec clarté qu'une bonne loi n'est jamais « inutile » et qu'à lutter sérieusement contre les fléaux épidémiques, on est, partout et toujours, payé de ses peines. Quelle nation européenne, du reste, a eu à se repentir des mesures qu'elle a prises? Quelle nation paraît disposée à y renoncer? Je n'en vois pas, et m'appuyant précisément sur cet exemple de l'étranger qu'on m'oppose, je n'hésite pas à conclure : la voie est bonne et il faut s'y engager, sans appréhensions.

IV. *Indication des maladies à déclarer.* — Pourquoi embarrasser la discussion actuelle de cette question? Elle viendra logiquement à son heure, quand le Gouvernement nous la posera : en ce moment, elle ne ferait que de l'obstruction.

V. *Le secret professionnel.* — A entendre M. Rommelaere, le jour où le Gouvernement aura imposé la déclaration de certaines maladies, « le corps médical aura perdu une de ses plus nobles qualités, il aura perdu la confiance des familles. » Pourquoi donc? Les familles seraient-elles assez peu intelligentes chez nous pour ne pas compren-

dre que c'est uniquement dans leur intérêt que la mesure est prise; qu'elle a pour but d'écarter d'elles les fléaux qui déciment les populations et, enfin, qu'un médecin qui remplit une prescription légale, et son devoir, en s'efforçant d'empêcher des désastres, ne perd aucune de ses nobles qualités!

On ne se fera plus traiter! — La dénonciation serait donc plus redoutée que la maladie elle-même! — Laissons ces exagérations : le petit commerçant, ne fût-il pas indemnisé, se trouvera encore heureux de voir sa demeure assainie et ses enfants préservés ou guéris.

M. Rommelaere, qui semble se complaire à m'accabler sous le poids des autorités, s'arme contre moi de deux observations émanées de notre premier Vice-Président. Il les trouve justes; je regrette de ne pas pouvoir partager cet avis.

Première observation. — Le diagnostic certain, a dit M. Hayoit de Termicourt, peut être difficile dans certains cas — Soit! Dans combien? Variole, scarlatine, fièvre typhoïde, diphtérie n'ont jamais passé pour des maladies d'un diagnostic difficile; M. Hayoit de Termicourt, dans ses leçons, enseigne les signes auxquels on peut les reconnaître sûrement et, à l'examen, ne pardonnerait peut-être pas à l'élève qui ne saurait les lui dire. Mais supposons qu'une fois, par hasard, on rencontre une affection indéfinissable, l'inconvénient ne serait pas grave ni la conduite à tenir embarrassante : les lois ne sont pas faites pour les exceptions; aucune ne peut exiger l'impossible ou nous faire donner un nom à une maladie que nous ne connaissons pas.

Seconde observation. — Et la syphilis? — Je me demande ce que vient faire ici la syphilis; personne, que je sache, ne songe à ranger cette maladie « secrète » au nombre des maladies qu'il convient de divulguer. Pourquoi nous prêter des énormités?

J'ai été consulté récemment sur un projet de règlement de maternité : un article demandait au chef de service de dénoncer ses syphilitiques à la police. J'ai répondu : Rayez l'article; vous n'obtiendrez cela d'aucun médecin belge.

M. Rommelaere se pose en partisan du secret professionnel strict. Il n'est cependant pas aussi rigoureux qu'il le paraît, car il admet des exceptions, en faveur de l'intérêt suprême de la Justice et de l'in-

térêt du malade lui-même. Du moment qu'on abandonne le principe du secret *absolu*, on se trouve sur la voie des concessions et entraîné par la logique à accepter dans l'intérêt de la vie du peuple ce qu'on a accepté dans l'intérêt de la Justice.

A dénoncer certaines maladies, soutient-il, on ne trahit pas seulement celles-ci, mais on rend toutes les autres suspectes! Qui croira jamais qu'en déclarant un de mes malades atteint de la petite vérole, je donne à penser que tous mes autres malades sont en possession de la grande?

VI. *Contagion et épidémie.* — Ma proposition, outre tous ses autres torts, aurait encore celui de confondre ces deux choses et de trancher une question doctrinale. Pas du tout; le champ de la discussion est très nettement défini et les termes employés, maladies transmissibles, pouvant devenir épidémiques, sont trop clairs pour prêter à aucune équivoque.

VII. *Conclusion.* — Retenant du discours que je viens de combattre la seule conclusion que je puisse accepter : « En matière de prophylaxie il reste beaucoup à faire » — je conclus à mon tour : Plus il reste à faire et plus il importe d'en appeler au concours de toutes les bonnes volontés et de se mettre virilement à l'œuvre.

Le Gouvernement y paraît résolu; je l'en félicite.

—

Après un substantiel discours de M. Putzeys, dont nous donnerons prochainement le résumé — la discussion est close et l'Académie passe au vote. La proposition de M. Hubert est adoptée : cinq académiciens ont voté contre.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA GOUTTE AIGUË.

Les cliniciens allemands constatent unanimement que la goutte devient de plus en plus fréquente dans leur pays, et cela non seulement dans les classes aisées, mais encore parmi la population qui va se faire soigner dans les hôpitaux. Ainsi, Frerichs considérait la goutte comme exceptionnelle parmi les malades de l'hôpital de la Charité, tandis que dans le courant de ces dernières années on a eu, dans ce

même hôpital, un nombre suffisant de goutteux pour faire des recherches sur la pathogénie de cette affection. Senator, de son côté, a constaté l'augmentation considérable de la goutte dans la clientèle hospitalière de Berlin. His a confirmé ce fait pour les hôpitaux de Leipzig. Personnellement, Magnus-Levy a observé dans le courant des quinze derniers mois, à l'hôpital Urban (de Berlin), le nombre, considérable pour une clientèle d'hôpital, de trente-six goutteux ; et dans tous ces cas le diagnostic était à l'abri de contestations ayant été établi, soit par la présence de tophus, soit par les symptômes classiques et pathognomoniques, soit, enfin par les données de l'autopsie. De cette façon il a pu étudier et vérifier les divers symptômes de la goutte, se rendre compte des difficultés qu'on rencontre parfois pour établir le diagnostic différentiel avec le rhumatisme, et apprécier la valeur des médicaments d'un usage courant.

Il a traité ces divers points dans un travail que nous résumons d'après une analyse du dr Romme dans la *Presse médicale*.

Le *diagnostic* de la goutte aiguë passe pour facile, tellement les symptômes qui la caractérisent paraissent typiques, et pourtant la confusion avec le rhumatisme articulaire est fréquente.

Nous avons indiqué dernièrement dans la *Revue* les principaux signes sur lesquels peut se baser le diagnostic différentiel.

Pour le dr Magnus-Lévy, il y a deux symptômes surtout qui permettent d'éviter l'erreur de diagnostic : ce sont l'aspect de la peau et les caractères particuliers de la douleur dans la goutte.

Aspect de la peau. Dans la goutte la peau est rouge, mais d'un rouge intense, d'un *rouge pourpre*. d'un rouge livide ; dans le rhumatisme articulaire aigu, elle est plutôt rose ou d'un rouge très pâle. En même temps qu'elle est livide comme dans l'érysipèle, la peau, dans la goutte, est *tendue et tuméfiée*. Si l'inflammation frappe avec la même intensité les parties profondes, la région envahie, la main par exemple, celle-ci double et triple de volume; la rougeur envahit l'avant-bras sur lequel on aperçoit des traînées de lymphangite, et l'aspect rappelle à s'y méprendre celui d'un phlegmon. La ressemblance a été dans quelques cas poussée si loin que cette inflammation goutteuse a été traitée par des incisions.

Caractères de la douleur. Outre qu'elle est livide, tuméfiée et tendue, *la peau qui recouvre les articulations prises est encore horriblement douloureuse*. En faisant un pli à la peau ou en la soulevant très doucement, en évitant de toucher aux parties sous-jacentes, on provoque des douleurs qui arrachent des cris aux malades, et à des malades qui ne sont nullement douillets. Ce phénomènes, qui a été signalé par Charcot, Duckworth, Lécorché, Pfeiffer, est tellement

constant et tellement caractéristique, qu'à lui seul il permet d'établir le diagnostic différentiel entre la goutte aiguë et le rhumatisme articulaire aigu. Fait curieux, cette inflammation de la peau avec ses caractères particuliers de rougeur et de douleur peut constituer la seule et unique manifestation de l'attaque aiguë de goutte.

Frottements articulaires. Un autre symptôme, qui permet d'établir le diagnostic différentiel avec l'arthrite déformante et le rhumatisme articulaire chronique, ce sont les *frottements articulaires.* Dans la goutte, ces frottements articulaires se rencontrent dans trois quarts des cas environ. *Ils siègent presque toujours dans les genoux*, que ceux-ci aient été ou non le siège d'un épanchement. *Ils sont très fins.* rappellent les râles crépitants et diffèrent ainsi, sans confusion possible, des craquements qui existent dans l'arthrite déformante et dans le rhumatisme articulaire chronique, et qu'on pourrait plutôt comparer aux gros râles muqueux de la bronchite vulgaire. Jamais ces frottements articulaires fins ne s'observent dans la polyarthrite aiguë. Par contre, on les trouve quelquefois chez les vieux artério-scléreux et dans l'intoxication saturnine, deux états morbides qui présentent une certaine parenté avec la goutte.

Ces fins frottements articulaires, que les goutteux perçoivent quelquefois spontanément, disparaissent quand un exsudat se forme dans l'articulation. Ils ne sont pas produits par des dépôts uriques, mais par des inégalités, des érosions des surfaces articulaires. Magnus-Levy a constaté ce fait dans un cas dont il a pu faire l'autopsie.

Age du malade. Un autre élément de diagnostic différentiel avec le rhumatisme articulaire aigu est l'âge du malade. Ce fait a été bien établi en France par Lécorché. L'apparition pour la première fois d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu chez un homme de quarante ans doit déjà être considérée comme exceptionnelle, et, dans les cas qui ont été observés, il s'agissait ordinairement de rhumatismes atypiques et particulièrement graves. *Passé l'âge de cinquante ans, une attaque survenant pour la première fois est toujours une attaque de goutte aiguë*, car, même chez les vieux rhumatisants, les attaques successives présentent généralement une atténuation progressive des phénomènes articulaires et une aggravation de ceux de l'endocarde. Et pour les mêmes raisons on peut encore dire que cette attaque est une attaque de goutte aiguë, et non une exacerbation aiguë d'un rhumatisme articulaire chronique.

En règle générale, on peut d'après Magnus-Levy formuler la proposition suivante : un homme entre quarante et cinquante ans, qui depuis de longues années a des douleurs articulaires avec exacer-

bation et ne présente pas de déformations très prononcées est un goutteux. Et quand même les déformations existent, l'apparition d'une *attaque violente* doit être interprétée dans le sens d'une attaque de goutte, car dans l'arthrite déformante vraie, l'apparition d'une attaque aiguë avec les phénomènes inflammatoires et douloureux caractéristiques du côté de la peau est exceptionnelle.

Disons enfin que dans la goutte aiguë, Magnus-Levy a constamment trouvé dans l'urine de ses malades une quantité considérable d'indican, témoignant de l'existence de fermentations intestinales très énergiques.

L'auteur s'est appliqué à contrôler, en prenant certaines précautions, le *traitement médicamenteux* classique de la goutte aiguë; ainsi, il donna les remèdes, sauf quelques exceptions, non pendant l'acuité de l'attaque, mais seulement quand les symptômes commençaient déjà à décliner. Voici ce qu'il constata dans ces conditions :

Le *salicylate de soude* et les diverses préparations d'acide salicylique agissent bien; mais dans l'immense majorité de cas, ils ne s'opposent pas à la récidive, et leur action, sur l'attaque même, manque en quelque sorte d'éclat. Ce fait est d'accord avec l'expérience des médecins français et anglais.

L'action du *colchique* est d'après Magnus-Levy infiniment supérieure à celle du salicylate. Il a essayé trois préparations : le vin de colchique, la liqueur de Laville et une imitation allemande de celle ci. Malgré toute sa répugnance pour un remède secret et malgré toute sa défiance, il a été obligé de constater que c'est encore *la liqueur de Laville* qui agissait le mieux. En tout cas, et avec les trois préparations, on obtenait des résultats particulièrement remarquables quand on donnait du colchique seulement au déclin des symptômes bruyants et qu'on l'administrait à haute dose pendant quatre à six jours.

On a dit que le colchique est dangereux, qu'il rend la goutte chronique, les récidives plus fréquentes et affaiblit l'organisme. Magnus-Levy estime qu'en administrant ce médicament de la façon qui vient d'être indiquée, on évite ces inconvénients, peut-être hypothétiques. Toutefois il admet que chez les individus vigoureux dont les attaques aiguës sont encore très espacées, il est peut-être préférable de ne pas user de ce médicament; mais il n'hésite pas à y recourir chez les goutteux dont les attaques aiguës se succèdent fréquemment et durent longtemps. Chez eux le colchique permet de mettre en œuvre de meilleure heure, une thérapeutique rationnelle (bains, gymnastique, exercices); il a même semblé à Magnus-Levy que chez ces malades on obtient de cette façon un espacement plus grand entre les crises et une atténuation des attaques aiguës.

Le *calomel* à haute dose (60 à 90 centigrammes par jour en trois fois), préconisé par Grimm, n'a jamais exercé la moindre influence sur la goutte aiguë ; peut-être les symptômes disparaissent-ils un peu plus vite qu'avec l'expectation pure et simple ; et encore ce résultat n'était pas toujours certain.

Il en a été de même d'autres médicaments préconisés par quelques auteurs : l'*acide chlorhydrique* à la dose de 5 grammes par jour (Pfeiffer), l'*urotropine* à la dose de 3 grammes, l'*urée*. Magnus-Levy a encore essayé le *jus de citron* à haute dose (20 à 25 citrons par jour) vanté par von Noorden ; l'effet a été nul, aussi bien dans un cas de goutte aiguë que dans un cas de goutte chronique. La *saignée* (100 à 200 centimètres cubes) a échoué dans tous les cas où elle a été faite et s'est montrée directement nuisible chez deux malades.

L. D.

—

INFLUENCE DES MOUVEMENTS SUR LA TEMPÉRATURE DES INDIVIDUS SAINS OU MALADES.

Il y a quelques années déjà, le prof. Penzoldt avait constaté que chez les tuberculeux apyrétiques ou chez les individus suspects de tuberculose, un exercice physique, par exemple la marche pendant une heure, amène une élévation de la température, élévation qui, mesurée par le thermomètre placé dans le rectum, n'est jamais inférieure à 38° et atteint souvent 38°5. Il en concluait qu'une température rectale de 38°5, survenant après un exercice physique (marche pendant une heure), peut servir au diagnostic précoce de la tuberculose commençante, d'autant que, d'après ses recherches de contrôle, elle ne s'observerait, dans les mêmes conditions, que chez les obèses et ferait défaut chez les individus bien portants.

L'auteur vient, en collaboration avec le dr Birgelen, d'entreprendre de vérifier ces faits ; leurs recherches ont été faites de telle façon que les individus en expérience dont on prenait la température rectale au départ, avaient à parcourir tranquillement un certain trajet (4 à 6 kilomètres, ce qui demandait cinquante à quatre-vingt dix minutes) ; à leur arrivée, on prenait leur température rectale, sans tarder, car des expériences préalables avaient montré que l'élévation de la température, qui se manifeste après la marche, ne persiste pas pendant plus de vingt minutes.

Ces recherches ont donné les résultats suivants, rapportés par la *Presse médicale :*

1° *Individus bien portants.* — 17 expériences, faites chez 11 individus âgés de cinq à vingt-six ans, ont montré que, dans aucun cas,

une marche pendant une heure à une heure et demie n'a produit une élévation de la température au-delà de 38°. Seuls les obèses bien portants ont fait exception à la règle, en ce sens que, chez eux, on trouvait, après la marche, une température rectale dépassant 38° (38°1 à 38°5).

2° *Convalescents.* — 6 expériences, faites chez 3 convalescents de pneumonie et 1 convalescent de méningite cérébro-spinale légère, ont donné des élévations de la température entre 37°9 et 38°5.

3° *Tuberculeux manifestes.* — 35 expériences sur 8 tuberculeux aux divers degrés de la maladie et dont la tuberculose était confirmée par la présence des bacilles dans les crachats, ont montré que, chez ces malades, la promenade, même de courte durée, provoque déjà des températures atteignant ou dépassant 38°; une promenade prolongée amenait fréquemment une température se rapprochant de 38°5 ou même dépassant 38°5.

4° *Suspects de tuberculose.* — Les expériences faites sur ces malades ont montré que chez eux, après la promenade, on a trouvé toujours des températures arrivant à 37°8 et quelquefois dépassant 38°.

5° *Emphysémateux.* — Dans 9 expériences, faites sur 6 emphysémateux, on a, plusieurs fois, trouvé des températures arrivant à 37°9; jamais on n'a noté une température dépassant 38°.

6° *Bronchitiques chroniques.* — Dans 6 expériences, faites chez 2 individus atteints de bronchite chronique, on n'a jamais trouvé des températures dépassant 37°6.

7° *Cardiaques.* — Chez 1 cardiaque, la température n'a jamais dépassé 37°6; chez un autre, elle arrivait à 38° et même 38°2.

8° *Ictériques.* — Dans 8 expériences, faites sur 2 individus atteints l'un d'ictère catarrhal, l'autre d'ictère d'origine syphilitique, la température, après la marche, montait, chaque jour à 38°-38°2.

9° *Diabétiques.* — Les expériences faites sur un seul diabétique ont montré que, chez ce malade, la marche n'amenait pas d'élévation de la température.

10° *Chlorotiques et anémiques.* — 19 expériences, faites chez 5 chlorotiques ou anémiques, ont montré que, chez ces malades, la température, après la marche, n'était jamais inférieure à 38°, atteignait souvent 38°3, et, quelquefois, arrivait à 38°5.

Il en résulte qu'au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose, l'élévation de la température survenant après la marche n'a pas de valeur absolue, en ce sens qu'elle s'observe aussi dans la convalescence de maladies aiguës, dans l'obésité, l'anémie et la chlorose.

Ce qu'on peut dire toutefois, c'est qu'*une élévation de température au-dessus de* 38°, *survenant chez un individu chez lequel on trouve*

d'autres signes faisant penser à la tuberculose, peut être utilisée au point de vue du diagnostic, et permet d'éliminer la bronchite chronique dans laquelle cette élévation de la température ne s'observe pas. Ces recherches ont montré aussi qu'*il faut surveiller les effets des exercices physiques et même des simples promenades chez les tuberculeux, les anémiques, les convalescents*, car chez ces malades les exercices modérés, comme une promenade un peu longue, sont capables de provoquer une élévation sub-fébrile de la température, et peuvent, par conséquent, exercer une influence nuisible.

L. D.

—

INDICATIONS ET PRESCRIPTION DE L'EAU CHLOROFORMÉE.

L'eau chloroformée est susceptible de rendre des services divers; d'abord, elle constitue un *excipient d'un goût agréable;* ensuite, elle peut figurer dans un certain nombre de potions à titre d'*adjuvant précieux, notamment dans les potions somnifères;* elle possède encore une *action analgésique sur la muqueuse gastro-intestinale*, et enfin, des *propriétés antiseptiques* qui ne sont pas à dédaigner.

Pour administrer convenablement l'eau chloroformée, le prof. Pouchet conseille les préparations suivantes :

1°	Chlorhydrate de morphine	2 centigrammes
	Eau chloroformée saturée	} ââ 60 grammes
	Eau de fleurs d'oranger	}
	Sirop simple	30 grammes.

pour une potion somnifère.

Cette solution est extrêmement stable; elle se conserve pendant un temps assez long. De plus, l'action du chloroforme vient s'ajouter à celle de la morphine, de sorte que cette préparation agit à la fois comme un somnifère et comme un calmant analgésique

2°	Bromure de potassium	2 à 4 grammes
	Eau chloroformée diluée	100 grammes
	Eau de fleurs d'oranger	30 grammes
	Sirop simple	20 grammes.

Dans cette mixture, l'action sédative, antispasmodique, du bromure de potassium s'associe à l'action analgésiante de l'eau chloroformée.

3°	Solution officinale de perchlorure de fer	X à XX gouttes
	Eau chloroformée diluée (1/200)	130 grammes
	Eau de fleurs d'oranger	20 grammes.

Cette préparation, préconisée par de Beurmann, s'adresse aux cas où il y a lieu de combattre simultanément des douleurs et une

hémorragie gastro-intestinale. Dans cette association médicamenteuse, non seulement l'eau chloroformée apporte le concours de son action analgésique, elle neutralise encore l'action irritante de la solution de perchlorure de fer. L. D.

—

HÉMORRHAGIES POST PARTUM, NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRAITEMENT.

M. le professeur Van Aubel a proposé (séance de l'Académie de méd. du 24 juin 1899), contre les hémorrhagies incoërcibles de la délivrance un nouveau procédé de traitement, plus sûr que le tamponnement intra-utérin et moins grave que l'hystérectomie.

Le professeur Dührssen, de Berlin dit que 3 femmes sur 10,000 succombent à l'hémorrhagie par inertie utérine, et il estime qu'en Prusse il en meurt environ une par jour de cet accident.

Le tamponnement intra-utérin n'est pas une petite affaire et ne donne pas toute sécurité : on ne bourre pas solidement un utérus inerte comme une cavité à parois rigides et pour arrêter le sang il est arrivé à Dührssen lui-même de devoir enlever la matrice.

M. Van Aubel rappelle le fait, déjà ancien, de Simon, de Liège, qui lui a suggéré l'idée du nouveau procédé.

Une multipare, assistée par Simon et N. Ansiaux, après un travail assez prolongé, eut une hémorrhagie comme ils n'en avaient jamais rencontrée. Tous les moyens connus à cette époque avaient été employés en vain et l'accouchée allait succomber sous leurs yeux, lorsque Simon eut l'idée de comprimer l'utérus en masse entre quatre mains, comme s'il avait eu affaire à un sac en caoutchouc. La pression directe des parois utérines l'une contre l'autre, la compression des vaisseaux afférents, enfin l'irritation produite sur le tissu musculo-nerveux de l'utérus intervinrent simultanément pour mettre fin à l'hémorrhagie. La patiente était sauvée.

Lorsque les moyens dont on dispose aujourd'hui ne réussissent pas à enrayer l'accident, la situation est critique et M. Van Aubel conseille : « après avoir pratiqué un tamponnement serré du canal utéro-vaginal, de placer la femme dans la position de Trendelenburg et de faire incontinent une laparotomie. La matrice, sortie de la cavité abdominale, est alors placée en antéversion exagérée, recouverte d'un linge trempé dans la solution physiologique chaude, puis comprimée en masse aussi rapidement et aussi uniformément que possible par une bande élastique. Tout l'appareil est laissé en place jusqu'à ce que les moyens généraux, les excitants diffusibles, l'ergotine d'Yvon, l'injection physiologique, etc., aient eu le temps de déterminer des contractions utérines convenables et de rassurer l'accoucheur sur le sort de la patiente.

« L'opération en elle-même ne présente pas de gravité et mieux vaut certainement se décider à la pratiquer que rester dans la triste alternative ou bien d'espérer en des moyens qui sont restés en défaut jusque-là, ou bien d'assister les bras croisés à un dénouement fatal. »

M. Van Aubel ne craint pas qu'après l'enlèvement du lien élastique il se produise, comme cela se voit parfois après une amputation du membre, une hémorrhagie profuse secondaire : les conditions ne sont pas les mêmes. A la suite de la constriction d'un membre ce sont les nerfs vaso-constricteurs qui sont paralysés — ici les vaso-constricteurs n'ont qu'un rôle tout à fait subalterne, c'est le muscle lui-même qui doit se contracter et fermer les vaisseaux. On a abandonné la ligature élastique préventive dans l'opération césarienne, avec raison, parce qu'elle expose à une hémorrhagie secondaire souvent très grave, mais, fait observer M. Van Aubel « il ne faut pas perdre de vue que, dans la section césarienne, le principal centre moteur des contractions utérines, le ganglion de Frankenhäuser, se trouve comprimé circulairement et fortement, au point d'être paralysé par un lien élastique en forme de corde, dont l'action, par suite, est limitée à une petite étendue. Dans notre procédé hémostatique, la compression s'exerce uniformément avant tout sur le corps utérin ; et le col, qui est le siège du ganglion moteur, ne subit qu'une pression légère. Pour prévenir sa paralysie, nous ferions même une injection d'ergotine dans le voisinage de ce centre, tant il est vrai qu'il faut à tout prix respecter son fonctionnement régulier. »

Au pis aller, la méthode échouant, il resterait toujours, comme dernière ressource, l'ablation de la matrice saignante.

On pratique tous les jours des laparotomies moins justifiées que celle-ci, et le procédé de M. Van Aubel « présente un avantage moral que l'opérateur le plus consommé ne dédaignera pas Il lui laisse, quoi qu'il arrive, la satisfaction d'avoir tenté absolument tous les moyens scientifiques avant d'entreprendre la mutilation. »

E. H.

Nous venons de recevoir les rapports sur les questions intéressantes qui seront débattues au *Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique*, qui se tiendra à Amsterdam du 8 au 12 août 1899 : Nous les résumons brièvement.

INFLUENCE DE LA POSITION DE LA FEMME, SUR LA FORME ET LES DIMENSIONS DU BASSIN.

Résumé du rapport du prof. E. Pinzani, de Pise.

Une femme étant couchée sur une table, le dos un peu relevé et les

fesses débordant — si l'on place un coussin sous son sacrum — et si l'on applique les doigts sur ses épines iliaques antérieures et supérieures, pendant qu'un aide met les jambes dans la position de la taille périnéale d'abord, puis dans l'extension complète et finalement, les laisse pendre, on observe que les épines iliaques s'inclinent en avant et en bas ; la lordose lombaire qui a augmenté jusqu'au moment où les jambes sont étendues, n'augmente plus pendant qu'on les laisse prendre; le sacrum est fixé mais les épines iliaques continuent à s'abaisser — sous l'influence de la traction exercée par le poids des jambes sur l'arc antérieur du bassin. Le diamètre sacro-pubien s'allonge pendant que la femme passe de la position obstétricale à la position de Walcher. De combien? D'après Walcher, Dührssen, Fotbergill, Küster de 8 à 15 millim.; d'après Varnier de 2 à 3 millim. tout au plus. Pinzani s'est livré à des recherches sur 101 femmes en couches et a trouvé un élargissement de 6 millim. en moyenne, de 12 au maximun et de 2 au minimum.

Le diamètre *coccy-pubien* se raccourcit plus que le sacro-pubien ne s'allonge. Dans le schéma qu'il donne, si le sacro-pubien passe de 11.64 à 12.06 cent., le coccy-pubien passe de 10.04 à 8.56. Donc, ferons nous remarquer incidemment, s'il est avantageux de laisser pendre les jambes pendant l'engagement du crâne dans le bassin, il convient de les relever pour le dégagement.

Le *diamètre transverse* au détroit supérieur s'élargirait en moyenne de 3 millim. C'est sans aucune importance pratique.

Résumé du rapport de M. Walcher de Stuttgart.

Les premières recherches de Walcher remontent à 1885. Le premier il fit voir que le poids des jambes peut être utilisé pour allonger le diamètre sacro-pubien et, en raison des services qu'elle peut rendre dans certains bassins un peu étroits, il est juste que la position à jambes pendantes conserve en science le nom de « position de Walcher. » En plaçant une femme à terme sur le bord d'une table de manière à ce que les cuisses soient relevées contre le ventre, on peut atteindre le promontoire plus facilement que dans le décubitus dorsal. Dans 6 cas, la ligne sacro-sous-pubienne était chez

Fröschle	I^pare	de	10.2	centimètres.
Bröckel	II »	de	10.3	»
Schokburger	IV »	de	10.2	»
Heckel	I »	de	10.4	»
Bischoff	IV »	de	10.2	»
Hetzler	III »	de	9.7	»

— en laissant les cuisses s'abaisser autant que possible, Walcher

constata que le promontoire se déplace en arrière et mesurant alors l'espace sacro-sous-pubien, il trouva chez

Fröschle	11.1	centimètres	soit un	élargissement de	9	millim.
Bröckel	11.6	»	»	»	13	»
Schokburger	11.0	»	»	»	8	»
Heckel	11.2	»	»	»	8	»
Bischoff	11.5	»	»	»	13	»
Hetzler	10.5	»	»	»	8	»

Si le bassin n'est que peu rétréci on n'atteint plus le promontoire. Walcher conclut ainsi : « Dans les bassins modérément rétrécis on n'aura qu'exceptionnellement besoin de la position à jambes pendantes, surtout si la tête se présente et que les contractions utérines sont régulières. Quand on laisse la femme choisir la position qui lui convient, elle mettra elle-même, au moment voulu, ses fémurs dans la position la plus favorable à l'agrandissement du bassin. Si les contractions sont faibles et si l'engagement de la tête ne se fait pas, on peut mettre la femme de temps en temps dans la position à jambes pendantes et presser la tête dans l'excavation, selon la proposition de Hofmeier. C'est surtout dans les *opérations obstétricales* — particulièrement dans les applications du forceps au détroit supérieur et dans l'excavation après la version podalique — qu'il faut avoir recours à la position à jambes pendantes. Si la tête dernière n'entre pas tout à fait dans l'excavation à la suite de l'emploi de la position, il faut relever les fémurs, en tirant continuellement sur la tête, pour déplacer la partie supérieure du bassin en haut. Quand la tête est entrée dans l'excavation, il faut terminer l'extraction dans la position obstétricale. »

E. H.

—

CÉSARIENNE ; — SYMPHYSÉOTOMIE ; — CRANIOTOMIE ET ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

Rapport de M. Fancourt-Barnes, de Londres (extrait condensé).

Barnes estime que la césarienne étant devenue beaucoup moins meurtrière doit devenir aussi moins rare. La mortalité qui avant 1880 était de 81.2 p. c. (Harris) est tombée à 8 p. c. (Léopold, 50 cas) et même à 6.8 p. c. (Olshausen, 29 cas). « D'autre part la perforation d'un enfant vivant est considérée comme indigne de la haute position que l'obstétrique moderne doit avoir ».

Pour éviter l'infanticide on peut provoquer l'accouchement prématuré ou fendre soit la symphyse soit la matrice.

La mortalité de la mère dans l'accouchement prématuré n'est que

de 1 ou 2 p. c. et celle de l'enfant de 33 p. c. — parce que 1° l'enfant peu résistant souffre trop du travail ; 2° parce qu'il faut souvent intervenir à cause d'une présentation vicieuse ou d'une atonie utérine ; 3° parce que beaucoup d'enfants succombent peu de temps après leur naissance. Aussi symphyséotomie et césarienne lui sont-elles beaucoup plus favorables.

La symphyséotomie n'est indiquée que dans des bassins pas trop viciés, parce qu'on risque de léser les articulations sacro-iliaques à l'agrandir de plus de 1, 3 centim. En mettant le forceps on ne prévoit pas qu'il faudra élargir le bassin, et au moment d'exécuter l'opération préparatoire, on ne voit pas les lésions déjà produites. Avant 1860, Neugebauer a réuni 108 cas : mortalité : pour la mère 36.1 p. c. ; pour l'enfant 44.4 p. c. Dans les mains de Pinard (1892-1896) la mortalité est tombée : à 10,84 p. c. pour la mère ; à 14,5 p. c. pour l'enfant — deux fois plus de morts que pour la césarienne. Ainsi la césarienne semble l'opération de choix : elle s'adapte à tous les cas de dystocie ; permet l'enlèvement des tumeurs utérines ou extrautérines, et, même, de rendre la femme stérile ; elle constitue le moyen le plus rapide en cas d'urgence.

A la Royal Maternity Charity de Londres, dans ces 10 dernières années sur 40,000 accouchements on pratiqua : opération césarienne : 0 ; craniotomies : 14 ; applications de forceps : 228 — (une femme morte) — et versions : 52 — (une femme morte).

Conclusions : I. « Je pense que la symphyséotomie n'a pas prouvé sa raison d'être et je ne peux m'empêcher de croire que les éminents accoucheurs qui ont fait son éloge, l'abandonneront dans l'avenir.

II. L'accouchement prématuré artificiel aura, dans certaines limites, toujours une place attitrée et utile entre les opérations obstétricales.

III. Nous sommes forcés, après une étude attentive des dernières publications sur l'opération césarienne, de convenir qu'elle est une opération scientifique et justifiée et qu'elle sera exécutée à l'avenir, grâce à l'avancement de la science obstétricale, dans beaucoup plus de cas qu'autrefois ».

Rapport du prof. Léopold, de Dresde.

Conclusions. I. *Avant terme.*

1° Si la femme multipare a eu un ou plus d'un accouchement pénible à cause d'un rétrécissement du bassin, l'accouchement prématuré artificiel est indiqué si le bassin n'est pas trop rétréci. (Diam. antéro postérieur au-dessus de 7 cent. dans le bassin aplati simple ou rachitique, à 7 1/2 cent. dans le bassin généralement rétréci). Le moment de choix pour l'intervention est la 35e semaine. Pour une issue

favorable il importe surtout que la poche des eaux soit conservée et que l'enfant se présente par la tête.

II. *A terme.*

2° La craniotomie est indiquée :

a) Quand l'enfant est *mort* et que le travail n'avance plus, même si le bassin n'offre qu'un léger rétrécissement.

b) Quand l'enfant *souffre*, le rétrécissement étant un obstacle pour l'accouchement spontané et que la version ou le forceps sont trop dangereux, voire même impossibles. Cette règle s'applique tout autant aux accouchements à l'hôpital qu'à ceux à domicile. Le danger pour la mère est trop grand pour qu'on risque une opération césarienne quand on n'est pas sûr que l'enfant naîtra vivant.

c) Quand l'enfant *se porte bien*, on ne fera dans une clinique la craniotomie que par exception. Par contre dans le traitement à domicile elle est indiquée, si l'accouchement spontané, la version ou le forceps doivent être écartés ; si la terminaison du travail est indispensable et si l'accoucheur croit que, tout bien pesé, l'opération césarienne ou la symphyséotomie seraient trop dangereuses. Il faut que le diamètre antéro-postérieur dépasse 6 centimètres.

Dans les cas exceptionnels où des raisons de famille commandent que l'enfant naisse vivant, ne fût-ce que pour quelques minutes, il faut prendre l'avis d'un confrère sur la conduite à tenir et il faut faire part à la famille de tous les dangers qui entourent les opérations par lesquelles on pourrait sauver l'enfant.

3° L'opération césarienne a des indications absolues ou relatives. Dans les bassins d'un diamètre antéro-postérieur de 7 1/2 à 6 centim. l'indication est relative. Si le diamètre-postérieur est au-dessous de 6 centimètres, l'indication est absolue.

L'opération césarienne pour indication relative exige les conditions suivantes : il faut que l'accouchement spontané soit impossible, que la version ou le forceps soient inadmissibles, que l'enfant se porte bien et que la parturiente se trouve dans une clinique ou dans des conditions tout aussi favorables quant à l'opération et aux soins consécutifs.

Quand elle ne se trouve pas dans des conditions assez favorables la craniotomie de l'enfant vivant sera l'opération de choix.

4° La symphyséotomie n'est indiquée que dans les bassins de 7 1/2 à 6 1/2 centim. ; ses indications sont donc beaucoup plus restreintes que celles de l'opération césarienne et ne comprennent pas complètement les bassins du second groupe. Avec cette restriction la symphyséotomie peut faire concurrence à l'opération césarienne à indication relative, elle réclame les mêmes conditions. Si ces conditions ne sont pas remplies il faut avoir recours à la crâniotomie.

Le choix de la symphyséotomie ou de l'opération césarienne à indication relative dépend de l'expérience de l'opérateur.

Les résultats des deux opérations, faites dans les mêmes conditions, s'égalent à peu près, pour la mère aussi bien que pour l'enfant.

Comme on le voit, pour le professeur de Dresde, la question de savoir s'il est licite de tuer un enfant n'existe même pas. A un médecin vétérinaire qui raisonnerait avec la même désinvolture il n'y aurait peut-être rien à objecter — mais il s'agit de médecine humaine et nous protestons. Pas plus que la force, les statistiques ne priment le droit. E. H.

—

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES FIBROMES.

Rapport du prof. Schauta, de Vienne

Conclusion. I. Il ne faut opérer que les myomes dont les inconvénients résistent à d'autres traitements.

II. L'hystérectomie totale vaginale est la plus sûre et offre le plus de chances de succès. On la pratique dans tous les cas où la tumeur ne dépasse pas l'ombilic et peut être déplacée dans le petit bassin.

III. L'hystérectomie abdominale totale est recommandable pour les grands myomes, peu mobiles, et interligamentaires.

IV. Quoique l'amputation supra-vaginale avec traitement intrapéritonéal du pédicule puisse donner momentanément de bons résultats, elle doit être abandonnée pour l'hystérectomie abdominale totale dont les résultats définitifs sont meilleurs.

V. L'amputation supra-vaginale, avec traitement extra péritonéal du pédicule, n'est recommandable que comme opération d'urgence, dans certains cas d'anémie grave, asphyxie, faiblesse du cœur, suppuration ou nécrose de la tumeur, pour la rapidité et la facilité de son exécution.

VI. L'énucléation vaginale de myomes sous-muqueux à large base par le col dilaté ou par le fornix, après colpotomie antérieure ou postérieure, avec ou sans ouverture du péritoine, doit être réservée, ainsi que les opérations analogues par voie abdominale, pour les cas spécialement indiqués; les myomes étant presque toujours multiples la guérison est rarement durable et l'opération partielle ne présente pas moins de danger que la radicale.

VII. Le curetage est incertain, non sans danger, et ne convient qu'au début de certains cas de dégénérescence myomateuse.

VIII. La castration a été peu à peu abandonnée pour l'opération radicale et ne convient que dans quelques cas exceptionnels où il est

impossible de faire l'amputation supra-vaginale avec traitement extra péritonéal du pédicule.

IX. L'emploi méthodique de pinces à demeure n'offre pas aux malades des avantages supérieurs à ceux des ligatures; il facilite seulement l'opération dans certains cas typiques et se trouve justifié par un danger imminent.

X. Pour écarter tout danger de septicémie ou d'exsudation, le drainage de la plaie supra-vaginale dans l'hystérectomie totale, vaginale et abdominale, est d'une grande valeur.

XI. La question de savoir s'il faut aussi enlever les ovaires, n'est pas encore tranchée. Aucun des deux procédés ne garantit contre les troubles consécutifs qui peuvent survenir immédiatement après l'ablation des ovaires — ou après des semaines et des mois quand ils ont été conservés.

Rapport de M. E. Doyen, de Reims.

Conclusions. 1° Le traitement chirurgical des fibro-myomes doit consister dans leur ablation.

2° L'extirpation bilatérale des annexes par la laparotomie est généralement abandonnée et n'a d'indication que comme complément de l'ovariotomie, quand il existe des fibromes utérins ne déterminant pas de symptômes graves.

3° L'ablation des fibro-myomes doit se faire par le vagin quand l'opération est facile par cette voie.

4° La laparotomie est préférable quand l'hystérectomie vaginale semble devoir présenter de réelles difficultés.

5° La myomectomie et l'hystérectomie vaginale doivent être pratiquées par hémisection antérieure simple ou en V de l'utérus.

6° Les grosses tumeurs interstitielles sont évidées au tube tranchant et extirpées par morcellement losangique.

7° L'ablation des gros fibromes pédiculés par la laparotomie présente ses indications spéciales. La myomectomie abdominale n'est que rarement indiquée.

8° L'opération de choix pour les fibromes interstitiels multiples et volumineux est l'hystérectomie abdominale totale par décortication sous-péritonéale du segment inférieur de l'utérus, avec fermeture du péritoine pelvien. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 24 juin 1899.

Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le travail manuscrit de M. Duyk, pharmacien à Bruxelles, intitulé : *Sur la solubilité des huiles volatiles et de leurs constituants dans la solution aqueuse de salicylate sodique.* — M. Depaire, Rapporteur.

La propriété que possède le salicylate sodique de dissoudre, en tout ou en partie, certaines essences, paraît avoir été constatée par M. Conrady. M. Duyk a tenté d'utiliser l'emploi du salicylate et de le généraliser ; à cet effet, il en a fait application à un très grand nombre d'essences et il en a mesuré l'importance.

Il prouve que le salicylate sodique sec n'agit pas sur les essences et que l'intervention de l'eau est nécessaire.

Le mémoire de M. Duyk paraîtra dans le *Bulletin.*

1. *Procédé d'hémostase dans l'atonie utérine grave après l'accouchement ;* par M. Van Aubel, Correspondant.

Dans les cas d'atonie utérine grave après l'accouchement, M. Van Aubel propose un procédé exposé plus haut.

Le procédé n'est ni difficile ni dangereux. Si, contre toute attente, il restait en défaut, on pourra toujours en venir à l'*ultima ratio* à laquelle Dührssen s'est d'emblée décidé. Rien n'est compromis.

Dans la laparotomie préparatoire à l'hémostase, la matrice reste entièrement intacte et il n'y a rien à craindre de ce côté.

2. *Influence de la saignée sur l'intoxication tétanique ;* par MM. Heymans, Correspondant, et I. Ronsse.

Étant donné que l'intoxication toxinique est le facteur pathogène principal des maladies infectieuses, les auteurs ont recherché expérimentalement chez le lapin si une diminution du volume du sang par saignée, en d'autres termes l'anémie expérimentale, avait une influence quelconque sur l'intoxication déterminée par une dose mortelle limite de tétanine. Celle ci fut injectée simultanément à des animaux témoins et à des animaux auxquels on venait de soustraire 0.5 à 2 5 p. c. de sang, chez lesquels on pratiquait éventuellement une nouvelle saignée après vingt-quatre heures et après quarante-huit heures.

Tous les animaux anémiés moururent comme les animaux témoins, même un peu plus vite que ces derniers, lorsque les soustractions avaient été fortes et répétées, sans doute par suite d'un affaiblissement général. Par conséquent, la saignée ne possède aucune influence favorable sur l'intoxication toxinique ; si elle est de quelque utilité, c'est qu'elle agit sur l'infection ou l'inflammation.

Comme l'anémie forte précipite légèrement l'intoxication tétanique, les auteurs ont encore examiné si la pléthore déterminée par transfusion n'avait pas un effet inverse et ne retardait pas cet empoison-

nement. Or quel que fut le degré de pléthore, tous les animaux succombèrent dans le même laps de temps que les témoins.

Le sang comme tel est donc absolument indifférent vis-à-vis des toxines qui disparaissent presque instantanément de ce liquide (Decroly et Ronsse, *Arch. intern. de phar. et de thér.*, vol. VI). Mais plus il est normal, mieux les tissus fixes seront nourris, mieux l'organisme résistera à l'action des toxines.

3. *Sur le mode de préparation des vingt substances actives du rapport de M. Rommelaere, relatif à l'élaboration d'une pharmacopée internationale*; par M. Heymans, Correspondant.

Contrairement aux indications de ce rapport, le sirop d'opium des pharmacopées citées se prépare, non avec de l'opium, mais avec de l'extrait d'opium; ce sirop est inscrit dans le Codex français, mais non dans la pharmacopée anglaise. La teinture de chanvre indien du Codex français se prépare, non avec l'herbe, mais avec les sommités. La teinture de cantharide de la pharmacopée anglaise renferme pour 100 centimètres cubes, non pas 10 grammes de cantharide, mais 1gr. 25. Le vinaigre d'ipéca de la pharmacopée anglaise contient vingt fois moins d'alcaloïde, soit 0.100 à. 115 p. c. en volume, au lieu de 2 à 2.25, comme l'indique M. Rommelaere. La préparation des teintures et sirop de la pharmacopée anglaise doit s'entendre en poids par volume et non en poids par poids. La richesse en acide de l'acide sulfurique dilué doit être indiqué en H_2SO_4 et non en acide sulfurique officinal. Contrairement à ce que dit le rapport, la teinture de strophantus est inscrite dans la pharmacopée allemande, tandis que la teinture d'ipéca ne l'est pas.

— La discussion que soulève cette communication paraîtra au *Bulletin*.

Suite de la discussion concernant l'*obligation de la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses*.

En réponse au discours de M. Rommelaere, M. E. Hubert s'attache à établir les propositions suivantes :

La dénonciation obligatoire de certaines maladies ne sera pas seulement utile, elle est nécessaire. Cela est reconnu par tous les Gouvernements européens, les Académies, les Conseils d'hygiène et les hygiénistes, même ceux qui ont déjà un service bien organisé. La loi qui imposera au médecin l'obligation d'éclairer l'autorité communale obligera aussi celle-ci d'écouter les avertissements et de remplir son devoir.

L'exemple de ce qui se passe à l'étranger est encourageant. En Hollande, le professeur Saltet a constaté de 1875 à 1895 un déclin de 10 p. c. pour la mortalité générale; de 16 p. c. pour la tuberculose et de 63 p. c. pour la fièvre typhoïde! N'en est-il pas de même partout ailleurs? — M. Hubert le croit.

Le médecin est déjà obligé par la loi de 1831 et un arrêté royal de 1883 de dénoncer certaines maladies. M. Hubert demande simplement que ces dispositions légales soient exécutées. Le médecin ne peut se dérober à ce devoir, qu'il est seul à pouvoir remplir et qui est

bien dans son rôle. Il le peut sans qu'il en résulte aucun inconvénient ni pour sa considération personnelle, ni pour le secret médical, qui n'est pas en jeu, ni même pour ses intérêts, la besogne qu'on exige de lui devant être rétribuée. (Voir plus haut.)

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— L'Académie se constitue en comité secret à 2 heures.

1. Discussion du rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours pour le prix Alvarenga. — M. Venneman, Rapporteur.

La Commission propose de partager le prix, à parts égales, entre les auteurs des mémoires nos 2 et 5.

Ces conclusions sont adoptées.

L'ouverture des plis cachetés joints aux mémoires fait connaître que le travail indiqué sous le no 2, portant pour titre : *De la persistance du trou de Botal et de sa valeur fonctionnelle*, émane de M. le dr Louis Vervaeck, médecin adjoint à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles, et que le mémoire no 5, intitulé : *Étude sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de la rage*, est l'œuvre de M. Charles Nelis, étudiant en médecine à l'Université de Louvain, qui, en conséquence, obtiennent le prix Alvarenga en partage.

La question relative à l'impression des mémoires de MM. Vervaeck et Nelis est renvoyée à l'examen du Bureau.

2. Election d'un membre titulaire dans la première Section, en remplacement de M. Crocq, décédé. 30 votants : M. Heger obtient 16 voix; — M. Fredericq, 12 voix; il y a 2 bulletins blancs.

En conséquence, la nomination de M. Heger sera soumise à l'approbation royale.

VARIÉTÉS.

STATIONS D'ALTITUDE ET SANATORIA.

Au moment où la question du traitement hygiénique de la tuberculose est plus que jamais à l'ordre du jour, il nous paraît intéressant de résumer une leçon que Proust, le professeur d'hygiène de Paris, a consacrée aux stations d'altitude.

Les stations d'altitude sont les stations de montagne à partir de 1,200 mètres. On a remarqué depuis longtemps que le bacille de la tuberculose diminue de fréquence et peut-être aussi de virulence à mesure que l'on s'élève. Il se produit ainsi une immunité relative. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Le dr Spengler (de Davos), ayant remarqué qu'il n'existait point de tuberculeux dans la région où il exerçait, fit part de ses observations, et quelques cures retentissantes

obtenues par lui montrèrent l'action bienfaisante des climats d'altitude dans le traitement de la phtisie. En 1865, Jordanet (de Mexico) montra la rareté de la tuberculose dans cette ville peuplée cependant de près de 200.000 âmes; il y a 1 décès par phtisie sur 18, tandis qu'à Londres la proportion est de 1 sur 8 et à Paris de 1 sur 5. Les observations de La Harpe en Suisse, du dr Brügger dans l'Engadine, sont confirmatives.

Le prof. Proust conclut de ces faits que les climats d'altitude sont favorables en général au traitement de la tuberculose et il montre les caractères de ces climats et les réactions qu'ils amènent dans l'organisme humain.

Leur caractère fondamental, c'est la *raréfaction de l'air exprimée par le baromètre*. La pression barométrique est de 0 m. 76 de mercure au bord de la mer ; la colonne mercurielle s'abaisse de 1 centimètre par 115 mètres d'altitude. Ainsi à Davos, situé à 1,560 mètres, le baromètre marque 0 62 ; à Saint-Moritz, situé à 1,856 mètres, il marque 0.60. La diminution de la pression entraîne une diminution de la quantité d'oxygène contenue dans un volume d'air donné ; mais les proportions relatives de l'oxygène et des autres gaz de l'air persistent dans leurs rapports normaux.

Ainsi que le baromètre, *le thermomètre descend à mesure que l'on s'élève*. Il y a une différence de 1 degré par 166 mètres. L'altitude procure donc pendant l'été une fraîcheur très agréable et assez uniforme ; mais l'hiver, le froid est souvent très vif, le thermomètre peut descendre au-dessous de 0, et la neige couvre la montagne d'un épais manteau. A ce moment *l'air atmosphérique est extrêmement sec*, ce que révèle l'hygrométrie.

La diminution très marquée de la vapeur d'eau fait que *l'atmosphère est d'une grande limpidité* et que *la lumière et l'insolation deviennent très intenses*. Dans les sanatoria d'Aroza, de Davos, les malades se promènent au milieu de la neige, avec de simples chapeaux de paille, sans éprouver aucun malaise ni aucune sensation de refroidissement. Les conditions thermiques sont excellentes et permettent la cure d'été aussi bien que celle d'hiver dans ces sanatoria.

Les vents sont assez fréquents pendant l'été, mais ils sont de direction fixe et arrivent à une heure déterminée, ce qui est très important pour la cure, les malades pouvant s'en protéger efficacement. Ils commandent d'ailleurs l'exposition des sanatoria qui doivent être à l'abri des vents régnants. Pendant l'hiver, les vents sont très rares, et l'atmosphère uniformément calme.

Un autre avantage de l'altitude, et des plus importants, c'est *la pureté de l'air* qui devient aseptique. A 1,000 mètres, on ne trouve presque plus de germes, ni pathogènes, ni saprogènes. A 1,500 mètres, l'air devient d'une pureté absolue et peut être comparé à de l'air stérilisé au laboratoire. Cette pureté est un caractère important de l'air des montagnes : grâce à elle, le malade vit dans un milieu aseptique, et toute infection secondaire du poumon malade est ainsi entravée.

L'altitude produit sur l'organisme des résultats multiples et qui sont aujourd'hui bien connus. La diminution de l'oxygène est la cause des plus importantes modifications.

Chez l'homme, une des premières conséquences de l'habitation à l'altitude résulte de *la diminution progressive de la quantité d'oxygène contenue dans l'air inspiré*. De sorte que si le malade n'accélérait pas ses mouvements respiratoires, il n'absorberait qu'une quantité d'oxygène insuffisante pour l'hématose. Il multiplie donc le nombre d'inspirations et rétablit l'équilibre dans les échanges respiratoires. Si cet équilibre ne pouvait être obtenu, il s'ensuivrait un ensemble de phénomènes graves qui est connu et décrit sous le nom de mal des montagnes. Mais le mal des montagnes ne s'observe guère aux hauteurs où l'on soigne les tuberculeux (au-dessous de 2,000 mètres). Veraguth et Regnard ont étudié l'action des altitudes sur la nutrition et les modifications physiologiques qu'elles entraînent. *Le nombre des respirations augmente à mesure que l'on s'élève ;* mais cet effet n'est que passager, cette augmentation persiste pendant une semaine, puis les mouvements respiratoires diminuent progressivement de nombre et reviennent à la normale. *La respiration devient plus ample* parce que certaines parties du poumon paresseuses se mettent en jeu. A Barèges, situé à 1,270 mètres d'altitude, on a remarqué qu'au bout de quelques mois, la circonférence thoracique des infirmiers a augmenté de 2 à 3 centimètres. Veraguth, observant sur lui-même, respirait 2 litres 7 à Zurich et 3 litres 5 à Saint-Moritz, dans les premiers jours, 3 litres après quelques semaines de séjour.

Du côté du système circulatoire, on note la même suractivité fonctionnelle ; *au début les battements du cœur s'accélèrent d'une manière notable ;* mais, chose à signaler, il n'y a pas de modification appréciable de la tension artérielle. Veraguth insiste sur ce point et fait remarquer que l'altitude ne prédispose en aucune façon aux hémorragies. D'ailleurs, au bout de quelques jours, l'excitation cardiaque disparaît et le nombre des pulsations redevient normal.

La composition du sang se modifie à l'altitude. Les premiers travaux à ce point de vue remontent à Paul Bert. Il demanda aux voyageurs de lui envoyer du sang d'animaux vivant à différentes hauteurs, et il trouva que ce sang absorbait plus d'oxygène que le sang des mêmes animaux de nos pays. En 1883, Muntz fit des expériences comparatives sur plusieurs lots de lapins observés les uns à Tarbes, les autres au Pic-de-Bigorre (2,877 mètres) : il trouva que le sang des lapins élevés à la montagne contenait plus de fer et avait une capacité d'absorption pour l'oxygène, plus grande que celui des lapins conservés dans la plaine. Regnard a montré qu'*il y a une augmentation des globules rouges* qui se manifeste très rapidement après l'arrivée des sujets sur les montagnes Il y a une véritable *explosion numérique* (Regnard), de sorte que les globules rouges, de 4 à 5 millions par millimètre cube, passent à 6 et même 7 millions. L'augmentation continue pendant six mois environ. Quand les sujets retournent vivre dans la plaine, les globules descendent à leur taux ordinaire, s'il s'agit d'individus sains; mais s'il s'agit de malades et en particulier d'anémiques, l'augmentation des hématies persiste dans une certaine mesure, ainsi que l'amélioration de l'état général. Les expériences de Egger et de Mercier à Aroza confirment les données précédentes.

Ces résultats ont été récemment attaqués par Gravitz (1895). Il pense qu'il s'agit bien moins d'une augmentation absolue du nombre des globules rouges que d'une concentration du sang par suite d'une évaporation pulmonaire et cutanée plus active. La stimulation de l'organisme sur les hauteurs reconnaîtrait pour cause cette concentration du sang. L'augmentation de la diurèse dans les premiers jours et la diminution de la quantité d'urée excrétée, plaideraient en faveur de cette hypothèse.

Les organes profonds se décongestionnent à l'altitude, et en particulier les organes thoraciques La respiration devient plus facile, et les mouvements respiratoires plus profonds, de sorte que toutes les parties du poumon se déplissent et concourent à l'hématose. Ces modifications sont appréciables si l'on ausculte régulièrement les malades : on est étonné de la rapidité avec laquelle s'améliorent les altérations broncho-pulmonaires. Un autre résultat que l'auscultation permet facilement d'apprécier, c'est la diminution très rapide de l'expectoration, par suite de l'introduction dans la poitrine d'un air pur et aseptique.

La température n'augmente pas à l'altitude. L'état général s'améliore sensiblement, *l'appétit augmente et permet la suralimentation ;* le malade engraisse, la peau devient plus colorée et prend même une teinte pigmentée caractéristique. Les malades sentant leurs forces revenir éprouvent le besoin de marcher, de faire de l'exercice, et dépasseraient souvent le but, si le médecin n'était là pour les avertir. Il faut, surtout au début de la cure, éviter toute fatigue ; sinon il survient des palpitations et une élévation de la température. C'est le repos qu'il faut au malade au commencement du traitement.

Après avoir ainsi exposé les caractères principaux et les effets des climats d'altitude, le prof. Proust indique sommairement les conditions que doivent réaliser les sanatoria.

Les sanatoria, c'est-à-dire les établissements où l'on met en pratique les règles du traitement hygiénique de la tuberculose, se rencontrent il est vrai dans la plaine aussi bien que dans la montagne.

Il faut d'abord que le pays dont on fait choix soit absolument salubre, qu'il n'y ait pas d'endémie ou d'épidémie de fièvre typhoïde, que la malaria y soit inconnue.

La recherche d'une bonne eau potable est un point très important. Ce desideratum est assez facile à réaliser : si l'on choisit un pays de montagne, les sources y sont abondantes et faciles à capter. L'eau sera canalisée afin d'éviter les impuretés du sol et les souillures accidentelles.

Le sanatorium devra avoir des ressources thérapeutiques suffisantes. La présence constante d'un ou plusieurs médecins est absolument indispensable : il est des accidents toujours possibles, tels que l'hémoptysie, qui réclament des soins immédiats et éclairés. Une pharmacie devra aussi être jointe à chaque établissement. Il sera bon d'avoir une vacherie pour le lait dont les malades ont un besoin constant.

Il faut aussi que les ressources alimentaires soient suffisantes. La

proximité d'un grand centre où les approvisionnements sont faciles est à rechercher; mais il faut se garder de tout excès dans ce sens, et le sanatorium ne devra pas être trop rapproché d'une grande agglomération.

Le lieu choisi sera éloigné des usines et des grands établissements industriels pour éviter la fumée, la poussière et les gaz toxiques qui s'en échappent. A ce point de vue, l'avantage revient aux lieux élevés; mais l'altitude n'est pas absolument indispensable et des sanatoria ont pu être établis au bord de la mer ou à des hauteurs de quelques centaines de mètres seulement. On pourra choisir une vallée ouverte vers le midi, et protégée contre les vents du nord par des montagnes. Le sol doit être perméable afin que le drainage des eaux soit facile. Il sera bon de rechercher le voisinage d'une forêt de sapins.

Après avoir signalé les sanatoria les plus connus, le prof. Proust dit quelques mots du traitement que les médecins qui les dirigent font suivre à leurs malades.

La *cure d'alimentation*, surtout prônée par Detweiler, serait mieux dénommée *cure de suralimentation. Le tuberculeux doit doubler la ration d'entretien d'un individu bien portant;* mais il ne faut pas d'emblée forcer le malade à prendre des doses considérables d'aliments; c'est petit à petit et en laissant au patient une grande latitude dans le genre des mets qu'on arrivera à la ration alimentaire souhaitée. *Les aliments azotés sont les meilleurs* pour les tuberculeux : on recommandera donc la viande, la volaille, le poisson, les œufs. Les viandes rouges et saignantes, la viande crue prise avec du bouillon ou sous forme de sandwich, les viandes bouillies ou braisées sont à recommander par dessus tout. L'usage de la poudre de viande préparée dans du bouillon ou dans du lait aromatisé est très efficace. Si l'on doit en faire absorber de grandes quantités, l'usage de la sonde sera préférable, d'autant que M. Debove a démontré qu'il n'y a pas de rapport constant entre l'appétit des malades et leurs facultés digestives. Les poissons sont aussi très utiles, tant à cause de leur digestibilité que des sels et en particulier des phosphates qu'ils contiennent. Les œufs sont très bien tolérés par les tuberculeux, on peut les faire absorber crus ou cuits, seuls ou mélangés à du lait, à du vin de Marsala, à du curaçao.

Les matières grasses sont indispensables. Sous forme de beurre, de poissons à l'huile, les tuberculeux peuvent en absorber de grandes quantités. L'huile de foie de morue est une préparation excellente; malheureusement elle n'est pas toujours bien supportée, elle peut provoquer un état nauséeux et entraver alors l'alimentation. Il sera prudent de n'en donner que de petites quantités à la fois.

Les matières hydrocarbonées sont également utiles : les légumes secs réduits en purée, les pommes de terre, les pâtes d'Italie, le riz, conviennent aux tuberculeux et sont presque toujours bien supportés.

Le lait est un aliment excellent; c'est de plus un aliment complet. Mais il ne peut servir tout seul à la suralimentation, à cause de la grande quantité qu'il en faudrait faire absorber. Il sera utile comme nourriture complémentaire et comme diurétique. On peut le prendre

cru, si on est sûr de sa provenance, et bouilli le plus souvent. Si les malades ont de l'atonie des voies digestives, on pourra prescrire le koumys ou le képhir, lait de jument ou de vache fermentés.

L'usage de l'alcool peut être toléré à petites doses si l'émonctoire rénal est en bon état et s'il s'agit de sujets jeunes. Mais s'il entrave le jeu des fonctions digestives, il faudra le proscrire.

Voici, pour donner un exemple, le régime en usage à Hohenhounef, le sanatorium à cette heure le plus riche et le plus élégant, d'après une note que nous a communiquée M. le Dr Van Ysendyck :

Le matin, à 8 heures, premier déjeuner au pain bien beurré, avec du lait, du café, du thé ou du chocolat au goût de chacun. Chaque malade doit néanmoins prendre 1/4 à 1/2 litre de lait. A 10 heures, second déjeuner, composé comme le précédent, ou si le malade le désire, de bouillon avec viande froide; des œufs et un petit pain. Le lait est obligatoire, 1 à 2 verres. A 1 heure, dîner : potage, 3 plats de viande garnis de légumes variés, de pommes de terre, de salade, de compote assaisonnés diversement, puis le dessert, le gâteau et les fruits. Si les malades ne sont pas trop excitables, une tasse de café est permise et les liqueurs. Après le dîner *tous* les malades font la sieste à l'air pendant deux heures. A 4 heures, le goûter, composé comme le premier ou le second déjeuner, avec prise de lait. Enfin, à 7 1/2 heures, le souper : un potage, des viandes froides et chaudes avec des légumes; pour finir de la bouillie de riz. Le soir, si on le désire, on peut avoir un demi-litre de lait qu'on prend au moment du coucher.

Un deuxième point du traitement dans les sanatoria, c'est la cure à l'air. Elle doit se faire le jour et la nuit; le jour dans les vérandas dont sont munies les fenêtres; la nuit grâce aux impostes dont sont munies les fenêtres ou grâce à la fenêtre ouverte. Si la température est très froide, comme dans les stations d'altitude, on peut chauffer la chambre pendant la nuit, tout en maintenant l'aération permanente. Pourvu que le malade soit bien enveloppé dans son lit, il peut supporter la température de 5 à 10 degrés sans inconvénient.

La cure à l'air doit être une cure de repos. C'est un moyen certain d'éviter les complications pulmonaires qui viennent parfois compliquer le traitement. Le repos sera physique et intellectuel; le malade, s'il veut guérir, doit absolument renoncer à toute fatigue cérébrale de quelque nature qu'elle soit.

Tous les exercices violents, l'escrime, l'équitation, la bicyclette seront absolument interdits. Mais il ne s'ensuit pas que le malade doive rester immobile. *Un exercice modéré, variable suivant l'état des forces du malade et suivant l'état des organes, pourra être utile. Le thermomètre sera un bon guide dans tous les cas.* Si après un exercice modéré, après une promenade, après un effort cérébral quelconque, il se produit une élévation de la température, c'est une preuve que le but a été nuisible. Si la température du malade est constamment au-dessus de 38°, il y a lieu d'exiger qu'il fasse sa cure au lit. Si un effort, même minime, s'accompagne de tachycardie, le médecin devra prescrire le repos.

La gymnastique respiratoire est souvent d'une grande utilité chez les tuberculeux qui n'ont pas de tendance aux hémoptysies. Il faut apprendre aux malades à respirer profondément et lentement, afin de déplisser toutes les parties du poumon d'une manière méthodique. Plusieurs fois par jour les patients devront faire une vingtaine d'inspirations lentes et profondes Quant à la gymnastique générale, elle devra être interdite dans la majorité des cas.

La peau sera l'objet de soins assidus. Les *frictions*, les *lotions*, les *enveloppements humides* seront utiles contre les accès de fièvre vespéraux et aussi pour combattre les points de côté et les douleurs thoraciques. Les *douches froides* sont très préconisées dans les sanatoria ; il faut cependant faire quelques réserves car on a cité des cas de pleurésie et d'hémoptysies à la suite de douches cependant bien données.

Les sanatoria présentent de grands et incontestables avantages. Leur fréquentation apprend aux malades l'importance du traitement hygiénique de la tuberculose. Les tuberculeux peuvent se rendre compte de l'utilité des prescriptions auxquelles on les a soumis ; et rentrés chez eux, ils peuvent se diriger eux-mêmes et hâter leur guérison. Le sanatorium est surtout utile au tuberculeux pauvre ou encore au tuberculeux riche qui n'a pas de famille ; mais pour qu'ils en retirent tout le profit qu'ils peuvent espérer, il faut que les lésions qu'ils présentent ne soient pas trop avancées.

Que deviennent les tuberculeux qui sortent améliorés ou même guéris des sanatoria ? C'est un point qu'il est difficile d'élucider. Et même si le malade est regardé comme guéri, s'agit-il d'une guérison absolue ou relative ? Les statistiques que l'on a publiées sur ce point ne sont pas assez catégoriques pour qu'on puisse les accepter sans réserves. L. D.

—

Empoisonnement par la résorcine. — La résorcine est actuellement assez souvent prescrite à l'intérieur comme antiseptique intestinal et elle a pour avantage d être d'une administration facile. Mais sa toxicité est relativement assez grande.

On peut distinguer deux formes d'intoxication par la résorcine. Dans la première, la moins grave, ce qui prédomine, ce sont les symptômes d'irritation parmi lesquels un des plus marquants est le spasme de la glotte. Dans la seconde, qui aboutit à la mort, on observe surtout de graves symptômes paralytiques avec apathie, somnolence, abattement excessif, teinte ictérique de la peau, coloration brunâtre du sang et hémoglobinurie.

Ces symptômes rappellent ceux de l'empoisonnement par l'acide phénique, substance avec laquelle la résorcine est étroitement apparentée.

Le dr Brudzinski a rapporté un cas d'empoisonnement mortel par la résorcine, mais il faut bien reconnaître que les doses administrées à un enfant d'un âge aussi tendre étaient absolument exagérées.

Il s'agissait d'un nourrisson d'un mois, atteint de gastro-entérite,

auquel on avait prescrit de prendre toutes les deux heures une cuillerée à café d'une solution de 2 grammes de résorcine dans 100 grammes d'huile de ricin. La peau prit une coloration ictérique ; on constata de la cyanose, du hoquet, du ballonnement abdominal ; les urines devinrent brunes et contenaient beaucoup d'albumine, quelques cylindres, de nombreux cristaux brillants, des globules rouges et de l'hémoglobine ; le sang était brunâtre ; l'enfant vomit des matières vertes et brunes ; il présenta quelques secousses cloniques du côté droit de la face et il succomba le cinquième jour.

L'examen du sang montra qu'il était très altéré (dissolution, leucocytose, etc). La rate avait une couleur de rouille et les reins présentaient les lésions d'une dégénérescence aiguë d'origine toxique.

—

La paraldéhyde à hautes doses. — Le dr Raiman a observé deux cas dans lesquels des malades avaient absorbé d'un coup 50 grammes de paraldéhyde. Une partie du médicament s'élimina par les poumons et la peau ; il s'en élimina aussi un peu en nature par les reins et une certaine quantité semble s'être détruite dans l'organisme. Les malades dormirent l'un et l'autre dix-neuf heures, et il ne paraît pas que le médicament ait produit quelque trouble des organes et de leurs fonctions. Il est cependant intéressant de constater que la paraldéhyde supprima complètement les putréfactions intestinales.

Ces faits démontrent que la paraldéhyde est un bon hypnotique et qu'elle n'est pas dangereuse. Malheureusement elle est difficile à faire prendre aux malades et elle donne à l'haleine une odeur désagréable qu'il est impossible de masquer.

—

Épilepsie par ingestion de café en grains. — Les signes habituels de l'intoxication par le café sont des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, de la céphalalgie, des vomissements, un sentiment d'angoisse, de l'instabilité des idées, et presque toujours du tremblement des mains.

Le dr Marburg a eu l'occasion d'observer une femme de quarante-quatre ans qui, depuis plusieurs années avait pris l'habitude de manger chaque jour 30 à 40 grammes de café grillé en grains. Petit à petit il survint chez elle des convulsions généralisées s'accompagnant de perte de connaissance et revêtant tous les caractères de l'épilepsie. Le traitement a consisté uniquement dans l'administration de 3 grammes de bromure de potassium, jointe à la suppression absolue du café et du thé.

—

Le monopole du tabac en France. — Nous extrayons d'une étude de M. J. Roseyro, parue dans *le Monde moderne*, les chiffres intéressants suivants :

La France possédait au 31 décembre 1895 — 57,450,000 francs de tabacs, dont 22,500,000 francs de tabacs indigènes et 15 millions

de tabacs exotiques en feuilles; 15,800,000 francs de tabacs en voie de fabrication et un peu plus de 4 millions de tabacs fabriqués. Leur valeur était estimée à 81,325,000 francs.

La régie possédait en outre, tant en bâtiments qu'en ustensiles, machines, mobilier et fournitures de tout genre une valeur de 47,650,000 francs, soit un capital approximatif de 128,975,000 francs.

En 1896 la régie a acheté 41,900,000 francs de tabacs et en avait déjà pour 57,500,000 francs en magasin. Le stock qu'elle a eu à sa disposition pendant cette année a donc été de 98,500,000 francs de tabacs. On en a travaillé dans les manufactures 66,800,000 kilogr. Les frais de fabrication, de personnel, d'entretien des bâtiments ont été de 19 millions et ceux de transport de 2,600,000 francs.

En résumé les dépenses de la régie en 1896 se sont élevées à 72,700,000 francs en chiffres ronds.

Par contre elle a vendu pour 391,250,000 francs de tabac en France; 600,000 francs en Corse et en Algérie et 1,500,000 francs à l'étranger, soit 393,500,000 francs environ.

Le bénéfice net a été d'environ 323 *millions*. En 1895 il avait été de près de 312 millions.

Et voilà comment un gouvernement habile sait, sans faire crier les contribuables, muer un peu de fumée en beaucoup d'argent.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

(Suite.)

Administration du mercure par la peau.

Les procédés imaginés pour introduire le mercure dans l'économie à travers la peau intacte sont multiples : ce sont les bains, les emplâtres et les frictions.

Les *bains mercuriels* ont été longtemps en faveur ; ils avaient la réputation de représenter une méthode de mercurialisation à la fois commode et anodine, dont les avantages étaient appréciés spécialement chez les enfants : on ajoutait de 20 à 40 grammes de bichlorure de mercure à l'eau d'un bain général ; le bain était pris journellement et prolongé pendant une demi-heure au moins.

Ce procédé est tombé en discrédit depuis le jour où il a été démontré que la peau intacte ne laisse passer aucune parcelle des substances salines en solution dans un bain ; l'absorption du sublimé dans un bain n'est possible que si la peau a perdu quelque part son revêtement épidermique, si elle est excoriée ou ulcérée ; on l'a vu en pareil cas être assez marquée pour occasionner des accidents.

Les bains de sublimé ont conservé quelques rares partisans dans le cas de syphilides rebelles au traitement général ; ils exercent manifestement une action thérapeutique, mais d'ordre local.

Il en est des *emplâtres mercuriels* à peu de chose près comme des bains ; outre leur action topique, les emplâtres sont toutefois susceptibles d'exercer une action générale ; ils entraînent en effet l'absorption d'une petite quantité de mercure, grâce surtout à la macération que subit l'épiderme sous l'emplâtre maintenu longtemps à demeure ; c'est ainsi que la stomatite mercurielle a été observée à la suite de l'application de l'emplâtre de Vigo, lequel renferme 20 p. c. environ de mercure métallique ; il y a quelques années, le dr Quinquaud a montré également qu'un sparadrap adhésif au calomel, appliqué en morceaux d'un décimètre carré sur la peau préalablement savonnée, renouvelé

tous les huit jours, faisait apparaître le mercure dans les urines et même déterminait parfois la stomatite, mais en définitive les emplâtres mercuriels ne méritent pas plus que les bains d'intervenir dans le traitement général de la syphilis.

Par contre, les *frictions*, le plus ancien de tous les traitements de la syphilis, sont considérées encore aujourd'hui, par bon nombre de cliniciens, surtout en Allemagne, comme le procédé de mercurialisation le plus recommandable ; les avantages des frictions, qu'ils font ressortir, sont d'épargner les voies digestives d'une part et d'exercer une action thérapeutique très puissante d'autre part.

Examinons-les d'abord, au premier point de vue, comparativement à l'administration par la bouche.

Nous avons dit qu'en usant de quelques précautions, il est en général facile de faire supporter par les voies digestives les préparations mercurielles ingérées ; la médication ne laisse pas cependant que d'occasionner quelques désagréments, dont le moindre est un certain degré d'inappétence, une perversion du goût ; elle gâte vraiment les plaisirs de la table, ne s'accommode pas avec la bonne chère ; le moindre écart de régime occasionne de la diarrhée et de l'intolérance pour le remède ; c'est si vrai que je recommande à mes malades de s'abstenir de prendre du mercure les jours où ils doivent assister à un long dîner, à une séance à boire ; d'un autre côté, l'opium, dont il faut presque toujours réclamer l'assistance, exerce une action dépressive sur l'activité cérébrale ; il contrarie notamment le travail intellectuel, ce dont mes malades se sont plaints bien souvent.

Mais, tout n'est pas rose non plus avec les frictions.

Il n'y a pas de traitement plus ennuyeux. Quelle corvée pour l'ouvrier qui rentre le soir avide de sommeil, pour quiconque a eu la journée occupée par le travail ou les affaires, pour l'oisif lui-même qui rentre tard, après avoir passé sa soirée au théâtre ou au café, que de devoir consacrer une demi-heure à une besogne fastidieuse, avant de se livrer au sommeil !

Quelle corvée encore le lendemain, avant de recommencer la journée, que de devoir consacrer un quart d'heure à nettoyer la région frictionnée !

Le courage le mieux trempé ne résiste pas longtemps à pareils

assauts : chacun s'ingénie à trouver tel ou tel soir un prétexte pour ne pas faire la friction ou bien pour l'expédier à la hâte. Par suite, combien souvent le traitement est mal fait, irrégulièrement appliqué, et partant inefficace !

En outre, les frictions constituent un traitement sale, répugnant ; manipuler cette pommade noire, de vilain aspect, qui fuse partout, salissant le parquet, les meubles ou les effets, la conserver sur sa peau toute une nuit, et risquer, malgré toutes les précautions, de souiller sa literie, cela a bientôt fait de dégoûter le malade et ses proches.

Enfin, les frictions constituent un traitement « affichant, compromettant ». Il est à peu près impossible de dissimuler à son entourage non-seulement qu'on est malade d'un mal mystérieux, ce qui est déjà beaucoup, mais encore de quelle maladie on est atteint, vu la mauvaise réputation de l'onguent mercuriel dans le public. Il ne faudrait pas songer, par exemple, à traiter un mari à l'insu de sa femme, une femme à l'insu de son mari, un jeune homme à l'insu de ses parents. Et, comme si ce n'était pas assez, les souillures du linge vont mettre les domestiques, la blanchisseuse, au courant de ce qui se passe !

N'exagérons pas cependant : j'ai connu des syphilitiques qui, grâce à mille précautions, se résignant entre autres choses à laver eux-mêmes le linge souillé ou le brûlant, arrivaient à se traiter par les frictions chez eux, dans leur famille ou en appartement, sans éveiller l'attention ni les soupçons de personne ; d'autres fois, quand le secret à garder sera précieux, on aura la ressource de faire entrer les malades, sous un prétexte quelconque, dans un service hospitalier, dans un institut.

Et maintenant, si l'on me demande, après que j'ai mis en regard les incommodités des deux procédés, auquel il faut donner la préférence, je dirai qu'il est impossible de répondre d'une manière catégorique; tel sujet s'accommodera facilement d'un peu de gêne à l'estomac ou à l'intestin et se trouvera dans l'impossibilité de se soumettre aux frictions, tel autre, au contraire — et je crois bien que ce serait mon avis, si j'étais en cause — tiendra avant tout à conserver l'intégrité de ses facultés digestives, si bien que suivant les cas et d'après les préférences ou les convenances individuelles, nous nous déciderons pour l'un ou l'autre procédé.

De ce qui précède. il est facile de déduire qu'*il n'existe pas*, à proprement parler, *de contre-indication à l'emploi des frictions*.

La seule qui puisse être invoquée, est l'intolérance de la peau; je ne veux pas parler de l'érythème ou de l'eczéma, qui surviennent quelquefois sur les régions frictionnées, spécialement lorsque la pommade n'est pas fraîche ou que la peau est fortement velue; ce sont là des phénomènes passagers et sans aucune gravité, qu'il est presque toujours possible d'éviter et qui n'empêchent pas de poursuivre le traitement. Seulement, il arrive que la dermite ne reste pas circonscrite, mais que, de la région frictionnée, elle s'étend sur les parties voisines, envahit même la presque totalité des téguments, se prolongeant pendant des semaines et s'accompagnant de phénomènes généraux sérieux.

Il existe alors une véritable contre-indication aux frictions, et il y aurait un danger à les continuer; heureusement, cette intolérence idiosyncrasique des téguments pour le mercure est tout à fait exceptionnelle.

En thèse générale, *les frictions mercurielles constituent le traitement de la syphilis le plus exempt d'inconvénients sérieux et, par conséquent, le plus susceptible d'une application étendue et générale.*

Il n'en est pas moins vrai que la plupart des malades, après avoir subi une série de frictions, ne manifestent guère l'envie de les reprendre, et que presque tous, lorsque nous leur en laissons le choix, aiment mieux recourir à la voie buccale; le seul obstacle à la vulgarisation et à la généralisation des frictions, consiste ainsi dans la répugnance qu'elles provoquent rapidement, mais pas un malade n'hésite à surmonter cette répugnance, lorsque nous lui démontrons la nécessité de recourir, pour une raison exceptionnelle, à ce mode de traitement, pendant un temps déterminé, par exemple, pendant quelques semaines, un mois ou deux.

Mais, *nous ne pouvons guère songer à faire des frictions la base du traitement prolongé, méthodique de la syphilis*, tel que nous l'avons formulé, c'est-à-dire, d'un traitement à poursuivre pendant des mois, sinon des années.

Lorsque, comme en Allemagne, le mercure n'est administré dans la syphilis, qu'au moment des poussées, par conséquent à de rares

intervalles et à deux ou trois reprises dans le cours de la maladie, il va de soi que les frictions deviennent la méthode habituelle de traitement.

Chez nous, elles resteront pour la généralité des malades un traitement d'exception, réclamé par certaines circonstances spéciales.

Quelles sont ces circonstances?

En premier lieu, *les frictions sont formellement indiquées dans tous les cas où la voie buccale est interdite*; ce sont, ainsi que nous l'avons dit déjà, les maladies des organes digestifs, ou leur intolérance pour le mercure ingéré.

Les frictions constituaient autrefois notre seule ressource en pareil cas; nous en avons aujourd'hui une autre, les injections sous-cutanées que j'étudierai dans la suite.

Les autres indications des frictions mercurielles sont basées sur l'énergie de leur action thérapeutique.

Il y a lieu cependant de faire une remarque à ce sujet; si, dans la majorité des cas, les frictions donnent des résultats merveilleux, il arrive qu'elles soient peu actives, ou même à peu près inertes. Ce n'est pas tant la méthode qu'il faut accuser alors, que les défectuosités de son application.

Qu'importe, si, comme le dit Fournier, ces défectuosités sont presque inséparables en pratique de l'application de la méthode? « Je tiens pour certain, dit-il, que sur vingt frictions, il en est quinze de mal faites ou d'incomplètement faites par les malades, et destinées conséquemment à ne produire que peu ou pas d'effet. »

Néanmoins, il y a, quoi qu'on fasse, — et j'en ai rencontré — des sujets dont la peau ne se prête pas à l'absorption du mercure; cela dépend, d'après Schüster, pour une grande part de l'état physique de la peau; si le tissu adipeux est très développé, si la peau est très sèche ou encore froide et transpirant difficilement, on fera bien, selon lui, de choisir une autre méthode de traitement, pour éviter les mécomptes.

De fait, *les frictions constituent le procédé de mercurialisation le plus difficile à doser, celui dont le rendement est le plus inégal.*

Il n'y a pas lieu de nous en étonner, puisque nous ignorons encore comment se fait l'absorption du mercure frotté sur la peau.

L'opinion la plus généralement admise, c'est que le mercure est

absorbé directement par la peau. La friction le pousse au fond des follicules pileux ou des glandes sudoripares, ou même, grâce à l'usure ou à l'effraction de l'épiderme dans les mailles du derme, ou bien encore il est volatilisé en partie, et traverse la peau, perméable, comme on sait, aux gaz et aux vapeurs.

Des expériences faites sur l'homme et des animaux ont montré effectivement dans l'épaisseur du derme des globules mercuriels après une friction et établi qu'ils y disparaissent après un certain temps, sans qu'on sache si le mercure pénètre comme tel dans le sang ou s'il subit d'abord sur place une transformation en composés solubles.

Suivant une autre opinion, ce n'est pas par la peau que le mercure dépensé en frictions pénètre dans l'économie, mais par la muqueuse pulmonaire, le mercure, volatilisé pendant la durée non-seulement des frictions mais du séjour de l'onguent sur la peau, se répandant dans l'atmosphère ambiante et étant inhalé par le malade.

Neisser, en particulier, partant de l'idée que, dans les frictions, le mercure qui pénètre dans l'organisme est absorbé à l'état de vapeur par la peau, mais surtout par la muqueuse respiratoire, soutient que, pour que ces frictions exercent tout leur effet, il faut créer autour du malade une véritable atmosphère mercurielle; il cherche à y parvenir en conduisant le traitement de la façon suivante, qui le rendrait à peu près intolérable :

Les frictions doivent être faites de préférence le soir, avant de se coucher, car, en se mettant ensuite au lit, le sujet restera ainsi, pendant douze ou quatorze heures, sous l'influence des vapeurs de mercure. La chambre qu'il habitera aura une température ordinaire, mais elle ne sera pas souvent aérée; tout au plus restera-t-elle ouverte deux ou trois heures sur vingt-quatre. Le malade sortira de cette chambre le moins possible, et une promenade de deux ou trois heures par jour sera tout ce qu'il pourra se permettre. Toujours dans le but d'avoir autour de lui une atmosphère saturée de vapeurs de mercure, il portera une flanelle et un caleçon fermant bien, qu'il changera le moins souvent possible. Au besoin, il aura une flanelle et un caleçon pour la journée, et une autre flanelle et un autre caleçon pour la nuit; mais ces pièces imprégnées de mercure ne seront changées qu'en cas d'absolue nécessité !

En conformité avec la même hypothèse, on a proposé de remplacer les frictions par les *flanelles mercurielles*, c'est-à-dire par des linges imprégnés de pommade mercurielle, que le malade porte directement sur la peau, notamment sur la poitrine, à proximité des voies respiratoires, sous forme de plastron ou de sachet.

Il est possible que les effets des frictions proviennent pour une part de l'absorption par les poumons des vapeurs de mercure, car il ne faut pas oublier que le mercure est volatil et que la friction prolongée de la peau provoque une hyperthermie localisée qui le volatilise en plus grande proportion, mais, ce qui prouve que cette part est très minime, c'est que les personnes qui respirent la même atmosphère que les sujets frictionnés, ceux qui partagent le même lit, par exemple, ne sont pas exposés à être mercurialisés.

Les incertitudes dans lesquelles nous nous trouvons au sujet du mode d'action des frictions mercurielles, les notions que nous possédons sur les propriétés d'absorption de la peau, expliquent surabondamment les aléa de la méthode.

Il est certain qu'*il n'y a qu'une minime fraction du mercure dépensé dans une friction qui pénètre dans l'économie* : c'est ainsi que quelques centigrammes de mercure injectés sous la peau sous forme d'huile grise exercent une action antisyphilitique au moins équivalente à celle d'une série de frictions, pour chacune desquelles on a dépensé plusieurs grammes de mercure.

Mais, vu l'énormité de la dose de mercure dépensée, il est facile de deviner que, si les conditions d'absorption deviennent favorables, le mercure pourra pénétrer dans l'économie en quantité notable, à doses toxiques.

L'intoxication peut porter d'abord sur la bouche ; effectivement, *les frictions sont, de tous les procédés de mercurialisation, celui qui expose le plus à la stomatite.*

En outre, cette stomatite éclate en général d'une façon soudaine, imprévue, ce que nous avons dit déjà de la stomatite consécutive à l'ingestion de composés insolubles, tels que le protoiodure, mais ce qui est surtout vrai ici.

« Quelque attention, quelque vigilance qu'on apporte à la cure, on n'est jamais, prétend Fournier, absolument certain de ne pas offenser

les gencives. Et il y a plus même : c'est que — par exception, il est vrai — on peut aboutir à une stomatite grave d'un jour à l'autre, en dépit de toute la sollicitude avec laquelle on surveille son malade. »

Il affirme encore que la stomatite consécutive aux frictions est plus générale d'emblée, plus grave que la stomatite par ingestion, qu'elle constitue une stomatite maligne.

N'exagérons pas cependant : si la stomatite ne peut pas toujours être évitée, du moins, aux premiers signes suspects, elle pourra être arrêtée dans son évolution, et puis, lors même que la stomatite éclate sévère d'emblée, si elle entraîne pour le sujet des incommodités sérieuses, je ne sache pas qu'elle ait entraîné des dangers graves pour sa vie.

D'autres phénomènes d'intoxication peuvent se produire du côté de l'intestin.

Il ne faudrait pas croire que le mercure administré par la peau reste sans réaction sur le tube digestif; nous avons appris, surtout par les faits d'empoisonnement survenus à la suite de l'emploi chirurgical du mercure, que l'intestin, principalement dans sa partie inférieure, est un des principaux émonctoires du poison ; c'est ainsi que les colites dysentériformes constituent un des phénomènes principaux de l'empoisonnement mercuriel et qu'une des principales lésions habituelles constatées dans les cas mortels consiste dans des ulcérations intestinales du gros intestin.

Il conviendra donc, dans le cas de traitement intense par les frictions, d'avoir l'attention fixée sur ce point, d'autant plus que les troubles intestinaux peuvent évoluer en l'absence de la stomatite ; chez certains malades, ainsi que Fournier l'a observé, il survient de la diarrhée, des coliques, dès qu'on recourt aux frictions.

Nous disons donc que *l'emploi des frictions réclame de la prudence et une surveillance attentive*, mais nous ajouterons immédiatement que *dans ces conditions ce mode de traitement peut être considéré comme inoffensif.*

Quoi que nous ayons dit du rendement inégal des frictions, il n'est pas contestable qu'elles constituent en général un procédé de mercurialisation plus énergique et plus promptement efficace que l'ingestion ; les exemples sont journaliers en effet de lésions que le

mercure donné par la bouche ne parvenait pas à modifier d'une façon appréciable, et que les frictions ont rapidement modifiées et guéries.

Sans doute, l'insuffisance d'action du mercure tient en bonne partie, comme je l'ai dit, au mode d'administration défectueux, notamment à l'emploi de préparations insolubles, et elle serait plus rare, si l'emploi de la solution de sublimé se vulgarisait davantage.

Quoi qu'il en soit, *la seconde indication absolue des frictions comprend tous les cas d'insuffisance d'action de la voie buccale.*

C'est ainsi que nous nous adresserons aux frictions chaque fois qu'une manifestation syphilitique se sera montrée rebelle à un emploi judicieux et suffisamment prolongé de la voie buccale ; c'est ainsi encore que nous y aurons recours d'emblée, chaque fois qu'il s'agira de manifestations graves en présence desquelles il n'y a pas de temps à perdre ; la syphilis cérébrale ou médullaire, les ophtalmies graves, toutes les lésions viscérales ont été à ce titre l'apanage exclusif des frictions, jusqu'au jour où les injections sous-cutanées ont été introduites dans la thérapeutique.

—

Il nous reste à exposer la *technique* des frictions.

Quelle préparation faut-il choisir? L'onguent mercuriel double, composé de parties égales de mercure et d'axonge, est, pouvons-nous dire, la seule en usage.

C'est en vain que quelques uns ont cherché à lui substituer d'autres combinaisons ; les savons mercuriels entre autres, vantés par Schuster comme ayant l'avantage d'être moins sales et plus faciles à enlever, n'ont guère rencontré de partisans.

La pommade sera fraîchement préparée, car elle rancit à la longue et provoque ainsi plus facilement de l'irritation cutanée.

Quelle dose d'onguent faut-il dépenser à la fois? La dose moyenne pour un homme adulte est de 4 grammes, mais c'est la dose minima ; dans les cas rebelles, il est permis d'élever progressivement jusqu'à 8, 10 et 12 grammes, et, en présence d'une manifestation grave constituant un péril imminent de commencer d'emblée par 6 ou 8 grammes.

Les tout jeunes enfants ont une tolérance remarquable pour les frictions, et cela parce qu'à cet âge, dit Fournier, nous n'avons pas à

compter avec la stomatite pour la bonne raison que les dents ne sont pas encore sorties. On ne salive en effet, ajoute t-il, qu'avec des dents.

Il affirme qu'en moyenne une dose quotidienne de deux grammes d'onguent napolitain en frictions est absolument bien tolérée par des enfants de quelques semaines, voire par des enfants de quelques jours, et que du reste cette dose est souvent indispensable pour conjurer les dangers si rapidement mortels de la syphilis héréditaire.

Le même insiste pour que la quantité d'onguent à dépenser chaque fois soit exactement pesée et il recommande de formuler ainsi :

R. Onguent mercuriel double
(fraîchement préparé) 30 grammes.
A diviser en 7 cartouches.

Chacune de ces cartouches (perte défalquée) contiendra ainsi à peu près exactement 4 grammes d'onguent.

Il arrive souvent dans la pratique que, pour plus de simplicité, on prescrit toute la provision de pommade dans un petit pot et que le malade reçoit comme instruction de puiser dans le pot un volume variable de la pommade, évalué approximativement, par exemple, gros comme une amande, comme une noix, comme le bout du doigt. Le volume d'une noix de la pommade représente à peu près 4 gr.

En réalité, puisque les doses peuvent osciller entre des limites assez étendues, la coutume de fixer ainsi les doses sans une rigoureuse précision n'est pas de nature à entraîner des inconvénients sérieux, et, pour ma part, je n'insiste pas ordinairement pour que chaque dose soit pesée séparément ; souvent, il m'arrive de faire délivrer par le médecin, en même temps que le récipient commun, la dose d'une friction, soit 4 grammes, dans un petit récipient à part qui servira ainsi en quelque sorte d'étalon pour le malade et lui permettra de faire chaque fois une prise assez exacte.

Où faut-il faire les frictions? A la rigueur, elles peuvent être pratiquées sur n'importe quel endroit du corps, puisque la peau absorbe par toute sa surface; certaines régions toutefois doivent être proscrites : ce sont d'abord les régions couvertes de poils, ou fort velues, parce que les frictions y provoquent facilement des phénomènes d'ir-

ritation (érythème, eczéma, folliculites) : nous éliminons ainsi chez l'homme, outre le pubis, le côté de l'extension des membres, la face antérieure du thorax; ce sont ensuite les endroits où, à cause de la minceur de la peau, l'absorption pourrait se faire en trop grande quantité et entraîner des stomatites ou des entérites graves, tels que le scrotum, l'aisselle, le pli de l'aine; Fournier rappelle l'excessive fréquence de la stomatite dans le traitement de la phtiriase des organes génitaux, même à la suite d'une seule onction d'onguent gris; à l'aisselle, la puissance d'absorption est assez considérable pour qu'on ait proposé de se borner à y déposer la pommade sans excercer de frictions.

Il n'est pas nécessaire de dire, pour une raison facile à comprendre, que les parties découvertes, telles que la face et les mains, seront aussi épargnées par les frictions. Sur le reste de la surface du corps, c'est le sujet qui choisira l'endroit, selon qu'il le trouvera le plus commode pour la friction elle-même ou pour le pansement.

Observons seulement qu'il faut faire choix de plusieurs régions et cela, parce qu'il faut varier le siége des frictions; en frictionnant plusieurs fois successivement au même endroit, on provoquerait des phénomènes d'irritation cutanée, sous l'action mécanique et chimique de la friction; après un jour de repos, on pourra toutefois le plus souvent revenir sans inconvénient à la même région, de sorte qu'il suffit à la rigueur de faire choix de deux régions différentes.

Pour mettre un intervalle plus long entre les frictions au même endroit, on pourra suivre la série classique suivante : la face antérieure de l'avant-bras, d'un côté, puis de l'autre côté, la face interne du bras, la face interne de l'autre bras, la face interne d'une cuisse, puis de l'autre cuisse.

Fournier a fini par donner la préférence à la partie latérale du tronc, depuis la limite inférieure de l'aisselle jusqu'à la crète iliaque, pour deux raisons, la première parce que le malade peut commodément se frictionner lui-même sur ce point, la seconde, parce qu'il trouve là à sa disposition une grande surface, non velue ou relativement peu velue; le premier jour, la friction est pratiquée d'un côté, soit à gauche d'abord, le second jour, sur le côté droit, le troisième jour, le côté gauche est repris, le quatrième, le côté droit, et ainsi de suite.

Combien de temps faut-il frictionner? Pour que l'absorption se fasse, il est nécessaire que la friction soit assez prolongée : une durée de cinq minutes est tout à fait insuffisante, il faut employer au moins dix minutes, et mieux encore un quart d'heure ou vingt minutes.

Par qui sera faite la friction? De préférence par le malade lui-même, à qui incombe naturellement cette tâche peu agréable et qui a le plus d'intérêt à ce qu'elle soit bien remplie; on a prétendu encore que la friction exercée par le malade lui-même était plus efficace parce qu'elle favorisait l'absorption pulmonaire pendant la durée de la friction ; il est certain qu'elle est ainsi plus active, parce qu'elle s'opère à la fois par la surface qui frictionne et la surface qui est frictionnée.

Il y a des cas où il faudra avoir recours à une main étrangère, à celle d'une personne dévouée de l'entourage, car il arrive que le malade se trouve incapable de pratiquer lui-même les frictions ou n'a pas la patience de les faire convenablement. Il vaudra mieux alors avoir recours à une main mercenaire, exercée à cette besogne, si la chose est possible.

C'est ainsi que des malades, après s'être traités sans grand avantage eux-mêmes par les frictions, se trouvent rapidement améliorés, lorsqu'ils se rendent dans certaines villes d'eaux renommées pour le traitement de la syphilis, telle qu'Aix-la-Chapelle, tout simplement parce que là les frictions sont faites par des garçons ou des filles de bains dressés à cette pratique.

Lorsque la friction est faite par une main étrangère, celle-ci doit être protégée contre l'absorption, par un gant de peau ou de caoutchouc, qui est savonné après chaque opération ; sans cette précaution, la personne chargée des frictions pourrait à la longue, comme on l'a vu, être affectée elle-même de stomatite.

On a imaginé, ces derniers temps, pour la pratique des frictions, un frottoir constitué par un gros disque de verre plan et poli sur l'une des faces, celle qui doit frotter, articulé sur l'autre avec un manche horizontal, bien résistant; cet instrument est d'un usage assez commode, mais moins doux que la main, que rien ne peut remplacer.

A quel moment de la journée faut-il faire les frictions? Généralement, on n'en fait qu'une par jour et on choisit le soir, pour la raison

que le malade dispose alors de plus de loisir pour bien faire la friction, en suite, parce qu'il lui est moins incommode de conserver la pommade sur la peau et que la pommade tient mieux en place, pendant le sommeil de la nuit, que pendant le jour où le sujet doit s'habiller et vaquer à ses affaires.

Toutefois des malades, pour des raisons spéciales — et j'en ai rencontré, — préfèreront faire les frictions le matin. Dans des cas graves il peut être nécessaire de faire deux frictions par jour, et alors, l'une se fera naturellement le matin, l'autre le soir.

Comment faut-il exécuter les frictions? Il convient que les mains, appelées à procéder à l'opération, ainsi que la surface cutanée sur laquelle elle doit être pratiquée, soient au préalable lavées au savon.

La friction sera assez énergique : il ne suffit pas d'effleurer la peau avec les doigts, il faut la frotter avec une certaine vigueur ; selon Fournier, il faut frotter jusqu'au moment où la main qui frotte, au lieu de glisser comme sur un verglas, commence à éprouver une sensation de résistance, de dessèchement.

La friction terminée, on place sur la partie enduite de pommade une légère couche d'ouate, puis un taffetas gommé et on fixe le tout par quelques tours de bande, un bandage de corps, un essuie-mains, selon la région, afin d'empêcher la pommade de fuser sur la peau voisine, les vêtements, la literie, et aussi afin de la maintenir en place.

La pommade doit en effet, afin que l'absorption se poursuive, rester encore après la friction en contact avec la peau, pendant plusieurs heures, 8, 10 à 12 heures ; lorsque, selon l'usage, la friction a été pratiquée le soir, l'excédant de pommade ne sera enlevé que le matin au moment de la toilette.

Au bout du temps voulu, l'excédant de pommade sera soigneusement enlevé, afin d'éviter l'irritation cutanée d'une part et d'empêcher une absorption trop active d'autre part ; la peau, d'abord essuyée, sera savonnée à l'eau chaude, puis de nouveau bien essuyée et finalement saupoudrée largement d'amidon.

Combien de frictions faut-il faire? J'ai dit antérieurement que la durée de chaque cure mercurielle devait varier entre 1 et 2 mois ; il peut en être ainsi pour les frictions également. On tiendra compte avant tout de la gravité des lésions et de l'effet obtenu.

Il est certain que les frictions peuvent être impunément prolongées pendant 2 mois et plus sans interruption, avec de la prudence et en surveillant bien la bouche, mais il est exceptionnel qu'il faille les prolonger aussi longtemps; et, du reste, il arrive assez facilement au bout de quelque temps qu'elles réagissent sur les gencives ; au surplus, elles énervent et fatiguent les malades à la longue.

En principe, on se bornera donc à prescrire une série ininterrompue d'une vingtaine de frictions, quitte à recommencer une nouvelle série, s'il y a indication, après une huitaine de jours de suspension.

Dr DANDOIS.

1453

L'ALIMENTATION DES GENS BIEN PORTANTS ET DES MALADES.

Nous nous faisons un plaisir de publier l'intéressante conférence faite sous ce titre à la Société médicale de notre université par le docteur H. Van de Velde, directeur du sanatorium de Bockryck.

I. *Notions générales. But de l'alimentation.*

Notre organisme est soumis à des usures continuelles, et la production de la chaleur animale et du travail suppose une combustion très intense. Ces usures doivent être sans cesse réparées, et des quantités toujours renouvelées de combustible apportées. Le maintien intégral de l'édifice cellulaire de nos organes, leur développement pendant l'enfance et au cours de certains états physiologiques, leur fonctionnement régulier et normal, la vie, en un mot, n'est posssible qu'à ce prix.

Cet effet multiple est atteint par l'alimentation. La quantité de substances, employées pour la production de la chaleur et du mouvement, dépasse de loin celle qui est nécessaire pour la réparation des cellules. En ce qui concerne les premières, appelées substances « dynamophores », tous les aliments sans distinction ont la faculté de céder, sous forme de chaleur ou de mouvement, en totalité ou en partie, l'énergie chimique qui est accumulée dans leurs molécules. De plus, sous ce rapport, ils peuvent se remplacer les uns les autres, d'après l'intensité de leur chaleur de combustion.

Quand on brûle *dans le calorimètre* une graisse, ou un hydrate de carbone, ou de l'alcool, ces corps donnent lieu aux produits terminaux H_2O et $C\ O_2$. Les albumines donnent lieu, outre l'eau et $C\ O_2$, à de l'azote, de l'acide nitreux et de l'acide nitrique.

Dans l'organisme, la graisse, les hydrates de carbone et l'alcool donnent lieu aux mêmes produits terminaux que dans le calorimètre. On doit donc admettre que dans ces deux circonstances, dans le calorimètre et dans l'organisme, il y a production de la même quantité de chaleur, ou pour employer l'expression reçue, du même nombre de *calories* (1).

Les albumines de leur côté ne se comportent pas dans l'organisme comme dans le calorimètre : elles n'y subissent qu'une combustion *incomplète* et laissent des résidus qui s'éliminent particulièrement par les urines et dont le plus important est l'urée.

Le nombre de calories qu'elles fournissent dans le calorimètre est donc supérieur au nombre de calories développées dans l'organisme, c'est-à-dire au nombre indiquant l'effet utile. Un calcul bien simple permet d'ailleurs de le déterminer : du nombre de calories que développe dans le calorimètre une quantité donnée d'albumine, on soustrait le chiffre de calories qu'est encore capable de développer l'urée, résidu d'une alimentation comparable. La différence donne l'*effet physiologique utile;* d'après Rubner de Berlin, cet effet utile représente 70 à 80 p. c. des substances albuminoïdes ingérées ; en d'autres termes il y a sur l'alimentation azotée une perte d'effet calorique de 20 à 30 p. c.

Voici d'ailleurs d'après cet auteur l'effet utile des divers groupes d'aliments (2).

1 gr. d'albumine en se transformant en urée, eau et $C\ O_2$, met en liberté	4,1 cal.	Comme chaleur ou travail
1 gr. d'hydrate de carbone, en se transformant en eau et $C\ O_2$, »	4,1 »	
1 gr. de graisse en se transformant en eau et $C\ O_2$, met en liberté	9,3 »	
1 gr. d'alcool » » » » »	7,0 »	

(1) Calorie : quantité de chaleur capable d'élever la température d'un kilogramme d'eau, d'un degré Celsius.

Equivalent mécanique de la chaleur : 1 calorie = 425 kilogrammètres.

(2) Ces calories sont calculées pour la partie utilisable des aliments, c'est-à-dire pour la partie qui est finalement résorbée, donc déduction faite des résidus.

A côté de ces substances qui, au point de vue de la production de la chaleur ou du mouvement, peuvent se remplacer indistinctement les unes par les autres, suivant des quantités isodynamiques, il y a la petite quantité de celles qui assurent l'accroissement des organes et la réparation des usures. Sous ce rapport les aliments ne peuvent plus se remplacer mutuellement, mais chacun a sa signification spécifique qui en fait une partie constituante et indispensable de l'alimentation.

Guidé par son seul instinct, l'homme a de tout temps choisi une nourriture appropriée à ses besoins. Le physiologiste avide de pénétrer le phénomène de la vie dans ses causes et ses effets a cherché à préciser la quantité d'aliments réellement utilisée de toute la masse ingérée et leur sort dans l'organisme; le médecin a trouvé dans ses recherches un guide pour le choix du régime qui convient dans les maladies les plus diverses; l'économiste enfin s'y renseigne sur la forme d'aliments capable de nourrir les masses avec le moins de frais.

II. *Exposé des principaux faits de la physiologie de la nutrition.*

Un repas complet doit comprendre des matières albuminoïdes, de la graisse, des hydrates de carbone, de l'eau, des sels et un groupe de substances que nous pouvons désigner par l'appellation commune d'épices.

Si ce n'est pas ici l'endroit de décrire en détail le rôle que chacune de ces substances joue dans l'économie, nous devons cependant mentionner quelques faits qui sont à la base de tout ce qui touche à l'alimentation.

A. *Albumines.*

La quantité de substances albuminoïdes qui est résorbée, c'est-à-dire qui parvient jusque dans les sucs cellulaires, a une influence considérable sur l'usure azotée de l'organisme (1). Plus les aliments

(1) On peut admettre sans erreur notable que tout l'azote provenant des usures corporelles s'élimine par les urines, spécialement sous forme d'urée. On peut donc se faire une idée approximative de l'usure azotée journalière par le dosage de l'urée dans les urines de 24 heures. Un procédé plus répandu et plus exact consiste dans le dosage de l'azote par la méthode de Kjeldahl. Un gramme d'azote correspond en

apportent d'albumine, plus l'usure azotée des cellules est intense.

On démontre ce fait important en soumettant les animaux à un régime azoté *exclusif*. Si l'on donne à un chien tous les jours 500 gr. de viande, il élimine tous les jours sous forme d'urée 17 gr. d'N. Or, cette quantité d'azote correspond exactement aux 500 gr. de viande ingérée (100 gr. de viande = 3, 4 gr. N); porte-t-on après quelques jours le régime carné à 1500 gr. par jour, il s'établit bientôt un nouvel équilibre d'élimination d'azote : 51 gr. d'azote par jour répondant aux 1500 gr. de viande. Enfin si l'on donne journellement 2500 gr. de viande, l'élimination d'azote atteint 85 gr.

Cette expérience importante explique pourquoi l'alimentation azotée exclusive n'aboutit pas à la fixation de substances azotées dans notre organisme, dans nos muscles, par exemple.

Une autre circonstance qui exerce sur l'usure azotée une influence non moins importante c'est *la présence d'autres aliments dans les sucs de l'organisme. S'il circule de la graisse et des hydrates de carbone à côté des substances azotées, celles-ci sont épargnées dans une large mesure.*

En donnant au chien de l'expérience précédente à la place de 1500 gr. de viande seulement 1000 gr., mais en y ajoutant 300 gr. de graisse, il ne s'élimine plus cette fois de loin la quantité d'N qui correspond à 1000 gr. de viande : une partie de l'albumine ne subit pas la décomposition en urée, et reste fixée sur les organes.

Il découle par là que, pour conserver intacte la masse azotée du corps ou pour obtenir le dépôt d'albumine, par exemple sous forme de muscle, il est avant tout nécessaire de donner de la graisse ou des hydrates de carbone *pour limiter l'usure azotée.*

La dépendance pour l'usure azotée de la quantité de substance albuminoïde introduite par l'alimentation a un avantage incomparable et providentiel : c'est que quand l'alimentation devient pauvre en azote (dans les maladies, dans le jeûne forcé, etc.), l'usure azotée du corps est réduite presque dans les mêmes proportions.

moyenne à 6,25 gr. d'albumine. Exemple : si l'analyse de l'urine de 24 heures donne 15 gr. d'azote, 15×6,25 ou 93,75 représente le nombre de grammes d'albumine du corps usée pendant un jour. Cette quantité d'albumine est à remplacer par les albumines de l'alimentation.

Supprime-t-on complétement les éléments azotés, bientôt l'organisme n'en élimine presque plus, on ne retrouve quasi plus d'urée dans les urines. Il faut dans ce cas des conditions spéciales pathologiques, comme le travail intellectuel forcé ou la fièvre pour que l'usure azotée s'exerce d'une façon notable.

Une autre conséquence de la fonction autorégulatrice de l'usure azotée, c'est qu'il est inutile de songer à ce que l'alimentation azotée *exclusive* suffise à l'homme pour conserver l'équilibre de nutrition ou pour réparer les pertes de ses organes. De très grandes quantités pourraient théoriquement suffire, mais le meilleur estomac ne saurait soutenir longtemps pareil régime.

En somme il n'y a qu'un moyen rationnel de remplacer l'albumine détruite par l'organisme : c'est de donner dans l'alimentation des substances albuminoïdes et d'associer à celles-ci des substances ternaires. La gélatine et les peptones peuvent suppléer jusqu'à un certain point aux substances albuminoïdes, mais ne peuvent jamais les remplacer.

La question des peptones est trop importante pour ne pas nous arrêter quelques instants à une étude que Voit de Munich vient de leur consacrer (1).

Je la résume brièvement : on prescrit, dit Voit, les albuminoses et les peptones à certains malades, dans le but d'alléger les fonctions du canal digestif, en lui fournissant de l'albumine déjà digérée ; on croit que quand les fonctions de l'estomac sont affaiblies, ou qu'elles font défaut, l'albumine en nature ne peut être utilisée et on pense que les albumoses et les peptones conviennent alors tout particulièrement à l'alimentation. Il existe cependant, au sujet de la valeur de ces préparations, des opinions très opposées. Les albumoses et les peptones dérivent des substances albuminoïdes, grâce à l'hydratation que leur font subir les enzymes digestifs. Ainsi naissent sous l'action de la pepsine et de l'acide chlorhydrique, plusieurs albumoses et le produit que Kühne appelle amphopeptone ; la trypsine du suc pancréatique produit au contraire, outre quelques corps de moindre importance, l'hémipeptone et l'antipeptone.

(1) Voit, *Ueber den Werth der Albumosen und Peptone für die Ernährung*. München, cfr. *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1899, n° 6.

Il est absolument faux de croire, continue Voit, que ces albumoses et ces peptones, sous le rapport nutritif, possèdent plus de valeur que l'albumine, car elles ne renferment pas un atome d'azote en plus, et brûlées au calorimètre, elles donnent le même nombre de calories; tout au plus, peut-on se demander si elles valent l'albumine.

Les recherches ont établi qu'il en est ainsi effectivement pour les albumoses artificielles et l'amphipeptone; quant à l'antipeptone, elle réduit l'usure albuminoïde (= antidéperditeur), mais elle n'a aucune valeur pour réparer les usures azotées.

Un autre point qu'on doit considérer quand on juge la valeur d'un aliment, c'est son côté utilisable. Contrairement aux prévisions, les albumoses et les peptones viennent loin derrière l'albumine intacte. Administrées au-dessus d'une certaine dose, elles échappent en partie à la résorption et on les retrouve dans les matières fécales.

Enfin, le prix de ces préparations est incomparablement plus élevé.

Ainsi 100 gr. d'albumine, donnés sous forme d'œufs, ne coûtent que fr. 0,50, tandis que sous forme de peptone-Kemmerich, ils coûtent au delà de 6 fr., et sous forme de somatose encore davantage. Toutes ces préparations ne valent donc pas l'albumine; un homme bien portant peut en tous cas s'en passer, et par conséquent elles n'ont pour lui aucune raison d'être. Pour ce qui regarde leur usage chez les malades, il faut se rappeler avant tout qu'il n'est pas absolument nécessaire que l'albumine ingérée soit peptonisée pour pouvoir être résorbée, et que l'albumine sous certaines formes, comme dans le lait et les œufs, est parfaitement résorbée (1).

Il est toutefois des cas où la prescription d'albumine digérée est tout indiquée : c'est notamment quand la digestion pancréatique fait défaut, mais ce cas est *extrêmement* rare.

Enfin, le but de ménager le canal digestif, à l'aide de ces préparations, n'est pas atteint non plus : l'intestin n'est pas calmé puisqu'elles excitent la péristaltique; elles augmentent la sécrétion des glandes de l'intestin; les organes de résorption sont aussi momentanément surchargés, puisque celle-ci se fait en moins de temps.

D'après Voit, les albumoses et les peptones sont spécialement

(1) Leube, *Verwendung von Eiweisstoffen zur Ernährung per Rectum*, in v. Leydens, *Handbuch der Ernährungstherapie* 1898. S. 502.

indiquées quand on veut exciter le canal digestif, dans les constipations légères, l'inappétence, etc.

La valeur de ces produits n'est donc point à chercher dans leur action nutritive, mais bien dans leurs vertus stomachiques et purgatives.

B. *Graisses.*

La graisse du corps est difficilement décomposée : la quantité brûlée en 24 heures ne dépasse guère 50 gr.; dans les travaux musculaires intenses elle peut atteindre 150 gr. Contrairement à ce que nous voyons pour les substances azotées, la quantité de graisse prise dans l'alimentation n'a aucune influence sur la combustion de la graisse de l'organisme : l'excès de graisse résorbé se dépose simplement comme telle dans les organes.

Quant au rôle de la graisse, sa décomposition au sein de l'organisme en CO_2 et H_2O produit un nombre de calories considérable; en second lieu, comme nous l'avons déjà dit, elle réduit notablement l'usure des substances albuminoïdes : *cette fonction est surtout marquée quand l'albumine est fournie en quantité suffisante.* Les dépôts de graisse dans les organes exercent cette action d'épargne dans les circonstances où l'apport de nourriture par suite de maladie ou autrement a diminué ou cessé.

La graisse brûlée dans le corps doit être remplacée en général par la graisse de l'alimentation.

Les graisses végétales conviennent au même titre que les graisses animales; seulement il est à remarquer qu'il n'y a que les graisses qui ont leur point de fusion inférieur à 40° C qui sont capables d'être résorbées et partant d'être brûlées dans l'organisme; ainsi, la stéarine est complétement indigeste.

La graisse peut se former aux dépens des substances albuminoïdes et des hydrates de carbone ingérés *à haute dose :* mais cette façon de remplacer la graisse amène une surcharge des organes digestifs.

C. *Hydrates de carbone.*

Théoriquement les albumines et les graisses peuvent suffire à remplacer les usures organiques. Cependant cela n'arrive guère, parce que l'absorption des graisses ne se fait que dans des limites très étroites. Aussi nous voyons user dans l'alimentation de grandes

quantités d'une seconde substance ternaire, les hydrates de carbone. Un fait étonnant c'est qu'on ne trouve jamais dans le corps que des traces d'hydrates de carbone, de petites quantités de glycogène qui contrastent singulièrement avec les 4-500 gr. d'hydrates de carbone de l'alimentation. Ce fait trouve sa raison dans ce que les hydrates de carbone brûlent rapidement et complètement dans le corps dans toutes les circonstances, lorsque nous sommes au repos ou que nous nous livrons au travail.

Les hydrates de carbone produisent dans cette combustion complète de grandes quantités de chaleur ; ensuite, ils réduisent les usures azotées *dans toutes les circonstances*, quelle que soit la quantité de substances albuminoïdes qui circule dans les sucs, et partant beaucoup mieux que les graisses. Ils réduisent également les combustions des graisses qui circulent dans les sucs organiques et favorisent ainsi souvent le dépôt de la graisse ; ensuite, quand ils se trouvent à côté de grandes quantités d'albumine, ils favorisent la formation de graisse aux dépens de celles-ci, enfin, ils peuvent parfois se transformer eux-mêmes en graisse.

La façon la moins coûteuse de se procurer les hydrates de carbone consiste à s'adresser aux hydrates de carbone comme tels, notamment aux féculents ; les sucres et les albumines à côté de certains désavantages coûtent trop cher.

D. *Eau.*

Le rôle de l'eau est trop connu pour qu'il en soit fait mention ici. Si nous en parlons, c'est uniquement pour rappeler un état spécial, caractérisé par un excès d'eau dans les tissus. Cet état est la conséquence d'un régime pauvre en albumine. Voit a établi qu'un chien de 20 kilos, nourri avec environ 1000 gr. de pain par jour (= 10 gr. N) et qui par conséquent avait reçu en 41 jours 410 gr. d'azote, a, dans le même laps de temps, éliminé 536 gr. d'azote, qu'il en a donc cédé de sa substance corporelle 126 gr., ce qui correspond à environ 4000 gr. de chair. Au bout de l'expérience le chien n'aurait plus dû peser que 16 kilos. *Il n'en était pas ainsi : le chien avait conservé son poids primitif.* La perte d'albumine avait été compensée par de l'eau et de la graisse. Lorsqu'on donne à ces chiens mal nourris

une nourriture plus azotée, ils éliminent plus d'eau que n'en contient la nourriture.

Cette expérience explique pourquoi le poids d'un individu peut être très trompeur. On peut avoir de l'embonpoint avec un état de nutrition déplorable, avec des organes constitués en grande partie de graisse et d'eau.

Demandons à ces individus « forts », lisons bouffis, que le vulgaire croit jouir d'une santé parfaite, quelque travail corporel et notre opinion sera faite du coup. Un corps qui est dans un mauvais état de chair doit d'abord être graduellement entraîné, l'eau éliminée, l'excès de graisse brûlée par les exercices musculaires et les deux éléments remplacés par l'albumine avant d'en pouvoir attendre quelque travail soutenu.

E. *Sels.*

Il n'y a pas grand chose à en dire, puisqu'on ne voit guère ces substances faire défaut dans les circonstances ordinaires avec une alimentation variée. Les légumes constituent la source la plus importante pour les sels, à l'exception du chlorure de sodium ; celui-ci est ajouté aux aliments comme tel.

F. *Épices, condiments et excitants.*

Ces substances, bien que ne pouvant être classées parmi les aliments proprement dits, n'en constituent pas moins des facteurs ou des ingrédients de la plus grande importance.

Pour ce qui regarde les épices ou les condiments, à part le sucre qui est un hydrate de carbone de facile résorption, toutes les substances qu'on a réunies sous cette dénomination n'ont pas de valeur nutritive, elles donnent l'arome, la saveur aux mets, elles excitent d'une façon très variée les nerfs gustatifs, elles engagent en un mot à prendre des aliments.

C'est ainsi que les chiens auxquels on ne présente que de la viande dont on a extrait les sels se laisseraient mourir de faim plutôt que d'en goûter ; dans un autre ordre d'idées, rien ne déplaît plus aux prisonniers que la monotonie dans le goût des mets.

Quant aux substances telles que le thé, le café, le kola, le tabac et

autres excitants, on en use en général moins pour leur goût que pour leur action stimulante. Il n'y a pas si longtemps qu'on considérait ces substances comme douées de propriétés nutritives ou au moins de propriétés d'épargne. Cette opinion est controuvée : de petites doses n'ont aucun effet matériel, de grandes doses activent au contraire les décompositions de l'albumine.

Quant à l'alcool, il n'est peut-être pas de question dans le corps médical interprétée si différemment que celle de la valeur de cette substance dans la nutrition. Il est évident que l'alcool est un excitant de tout premier ordre, et que dans certains états fébriles il constitue un antithermique d'autant mieux indiqué qu'il soutient l'activité cardiaque défaillante et qu'il est admirablement bien supporté.

Considérons uniquement l'alcool au point de vue nutritif. L'alcool constitue-t-il un aliment? L'alcool brûlant dans l'organisme à la façon des hydrates de carbone et des graisses en donnant H_2O et CO_2 et en fournissant un grand nombre de calories peut-il remplacer un de ces aliments? Exerce-t-il comme eux une action économisante sur les usures azotées? Questions du plus haut intérêt.

Il est en effet évident que beaucoup de malades dépérissent rapidement par défaut d'alimentation parce que, comme nous le verrons plus loin, ils n'ingèrent pas une quantité d'aliments répondant aux 3000 calories exigées d'une ration d'entretien; parce qu'ils ne parviennent pas à réparer les usures continuelles de leur corps. L'alcool étant bien supporté par les malades atteints des affections les plus variées, étant de plus facilement résorbé et quasi complètement brûlé en dégageant un grand nombre de calories, peut-il suppléer chez eux à ce qu'une alimentation ordinaire peut avoir de défectueux? Peut-on avec un litre d'un vin généreux, ce qui répond à environ 100 gr. d'alcool, fournir 7×100 calories au patient, c'est-à-dire environ le 1/4 de ses besoins journaliers? Un malade, qui pour un motif ou l'autre ne peut ingérer journellement en fait d'autres aliments qu'une quantité répondant par exemple à 1800 calories et qui par conséquent est loin de pouvoir combler les pertes en graisse et en albumine, peut-il se rattraper avec de l'alcool? C'est ce que d'aucuns pensent, mais à tort.

Ceux qui jugent ainsi admettent à priori que l'alcool se comporte

dans le corps comme tous les autres aliments et que par conséquent il est indifférent que l'organisme reçoive son énergie vitale par les calories des albumines, des hydrates de carbone, des graisses ou de l'alcool.

Les physiologistes sont unanimes à affirmer que l'alcool épargne d'autres aliments. En effet, en prenant de l'alcool, toutes choses égales d'ailleurs, nous n'absorbons pas plus d'O et nous n'exhalons pas plus de CO_2, que si nous n'en prenions pas. Or, comme l'alcool s'est décomposé complètement dans notre corps en CO_2 et H_2O, il faut admettre qu'il y a des substances corporelles qui ont été épargnées. Autrement, la quantité d'O absorbée et la quantité de CO_2 exhalée auraient dû être augmentées pour des quantités correspondant à l'alcool absorbé.

Mais, si l'alcool exerce une action économisante, sur quelles substances cette action porte-t-elle? Est-ce sur les substances azotées ou sur les matières non azotées? En d'autres termes, l'alcool exerce-t-il son action d'épargne vis-à-vis de la substance corporelle azotée vivante des organes? *Si nous examinons tous les travaux qui relatent des recherches sur cette question, nous n'en rencontrons aucun où l'on ait pu démontrer une action économisante de l'alcool sur les substances albuminoïdes du corps.* Il économise seulement les substances ternaires.

Il n'y a donc pas à songer à compléter une alimentation déjà insuffisante par elle-même, comme c'est le cas habituel chez le malade, par de l'alcool; celui-ci n'arrête, ni ne diminue en aucune façon les usures azotées, comme le font les graisses, et surtout les hydrates de carbone.

D'autre part, l'action protectrice que l'alcool exerce vis-à-vis des substances ternaires, est de nature à donner au médecin une fausse sécurité sur l'état de nutrition et de résistance du malade; ce n'est pas en engraissant ses malades, en favorisant des dépôts de graisse inerte qu'on arrivera à leur faire soutenir mieux la lutte et à les conduire plus facilement à la victoire; ce qui donne la vraie mesure de la nutrition des malades, c'est l'état albuminoïde, s'il est permis de s'exprimer ainsi, l'état musculaire en particulier.

Le médecin peut certes chercher à favoriser les dépôts de graisse qui donnent l'illusion aux malades et à leur entourage, mais lui-même ne peut pas s'y fier.

Cela ne veut pas dire que nous ne pouvons rien attendre de l'alcool

dans l'alimentation des malades; pourquoi du reste ne stimulerait-il pas à petites doses chez eux comme chez nous la digestion, et pourquoi devrait-on refuser à certains d'entre eux un stimulant quelconque sous forme d'un peu d'alcool?

Administrons donc l'alcool sans idée préconçue, mais souvenons-nous toujours qu'il ne constitue pas un aliment et qu'il ne parviendra jamais à diminuer les usures azotées si fatales pour les malades.

(La fin au prochain numéro.)

TRAITEMENT DE LA STOMATITE MERCURIELLE.

Le prof. Lanz expose, dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, que, dans la pathogénie de la stomatite mercurielle, il y a trois points à considérer : 1° le mercure, 2° les conditions locales, 3° les bactéries. Le mercure produit dans l'organisme une série de modifications dont le résultat final est une diminution de la vitalité des tissus. C'est sur le terrain de ces modifications, qui s'étendent aussi sur la muqueuse buccale, que, par l'action simultanée des conditions locales et des bactéries, se développe la stomatite mercurielle. Il est clair que ces modifications se développent d'autant plus rapidement : 1° que la quantité de mercure introduite dans l'organisme dans une unité de temps est plus grande; 2° que la nutrition est plus en souffrance avant l'introduction du mercure (si toutefois le trouble de la nutrition ne dépend pas de la syphilis), et 3° que la fonction des organes excréteurs du mercure (reins, intestins, glandes sudoripares) est plus affaiblie.

Pour ce qui concerne les conditions locales qui prédisposent au développement de la stomatite mercurielle, il faut, d'après les observations de l'auteur, citer avant tout le défaut de mastication. En premier lieu se placent les cas où par suite des douleurs provoquées par une carie dentaire ou l'éruption d'une dent de sagesse, la mastication ne se fait que d'un côté; dans ces cas la stomatite affecte toujours d'abord et plus fortement la partie inactive. Parmi les conditions locales, favorables au développement de la stomatite mercurielle, il faut citer aussi diverses modifications inflammatoires, telles que la gingivite produite ordinairement par le tartre dentaire, la pyorrhée alvéolaire. etc., et en général le défaut de soins de la bouche. Enfin pour ce qui concerne le troisième agent — les bactéries, leur impor-

tance ne fait plus de doute aujourd'hui, non seulement pour la pathogénie de la stomatite mercurielle, mais encore pour un grand nombre d'autres affections inflammatoires de la bouche, quoique la nature de ces bactéries dans la plupart de ces cas n'ait pas encore été élucidée.

Le traitement de la stomatite mercurielle comprend : 1° la prophylaxie et 2° le traitement de la stomatite développée.

Les mesures prophylactiques de la stomatite mercurielle découlent directement des conditions déterminantes énumérées ci-dessus. En premier lieu se place l'administration prudente du mercure aux sujets épuisés, anémiés, aux femmes enceintes et en général aux malades qui n'ont pas encore été soumis au traitement mercuriel, en raison de la possibilité, très rare à la vérité, d'une idiosyncrasie, pour le remède; ainsi H. Zeissl cite le cas d'un enfant de 7 ans, chez lequel une seule insufflation de calomel dans l'œil, pour une conjonctivite, a donné naissance, dès le lendemain, au développement d'une stomatite mercurielle typique. Il ne faut pas moins de prudence pour l'administration du mercure chez les albuminuriques, en raison surtout de l'irritation que le mercure exerce sur les reins. A l'hôpital Saint-Louis, Balzer a observé un malade ayant des urines albumineuses (le médecin traitant avait négligé d'analyser les urines avant l'institution du traitement) chez lequel l'administration de 4 à 5 pilules de protoiodure de mercure de 0,05 chacune détermina une stomatite des plus graves.

Des quantités non négligeables de mercure s'éliminent non seulement par l'urine mais aussi par les sueurs. Ce fait montre l'importance des bains et autres remèdes qui provoquent la transpiration. Il ne faut pas oublier non plus que l'intestin joue aussi un rôle, et non des moindres, dans l'élimination du mercure.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, parmi les conditions locales favorables au développement de la stomatite mercurielle, une des principales consiste dans le défaut de mastication de l'un ou de l'autre côté de la bouche. Comme la cause la plus fréquente de ce trouble provient d'une dent cariée, il faut ou l'extraire ou, s'il y a possibilité, l'obturer. Il est indispensable aussi d'enlever le tartre dentaire, s'il y a lieu, les racines, etc. ; en un mot, de satisfaire pour le mieux à toutes les indications qui découlent de l'examen de la bouche des malades et de leur montrer l'importance des mesures propres à combattre les troubles pathologiques existants. Il faut en outre leur inspirer le souci continuel d'une désinfection aussi exacte que possible de la cavité buccale. Dans ce but il est indispensable de leur faire *nettoyer les dents matin et soir avec une poudre et mieux encore avec un savon dentifrice*. A cet effet, on leur recommandera de faire usage d'une brosse pas trop dure avec laquelle ils se nettoieront les dents aussi bien verticalement qu'hori-

zontalement. Les personnes qui portent des dents artificielles devront soigneusement les nettoyer, surtout après chaque repas. Autrefois la poudre dentifrice en vogue était le charbon ; aujourd'hui on l'a abandonné et avec raison ; en pénétrant dans la muqueuse du bord des gencives le charbon forme en s'y déposant un liséré noirâtre que rien ne peut faire disparaître. Penzoldt recommande la poudre dentifrice dite anglaise, qui se compose de 90 parties de craie précipitée et de 10 parties de camphre. Mais il vaut mieux, faire usage de savons dentifrices. Kraus donne la formule suivante, recommandée par Helmkampff.

Carbonate de magnésie Iris de Florence Talc Savon médicinal	ââ 5,0
Essence de menthe poivrée	10 gouttes.
Mucilage de gomme arabique	q. s.

Faites une pâte.

Mikulicz et Kümmel donnent la formule suivante d'un très bon savon dentifrice à contenu de chlorate de potasse :

Chlorate de potasse	20,0
Savon médicinal	10,0
Carbonate de chaux	20,0
Essence de menthe poivrée	15 gouttes.
Essence de girofle	4 gouttes.
Glycérine	q. s.

Faites une pâte.

Il faut en outre recommander aux malades de se gargariser plusieurs fois par jour avec une solution antiseptique. Le chlorate de potasse qu'on emploie souvent aujourd'hui encore dans ce but, sous forme de gargarisme, est loin d'avoir la valeur que lui a surtout léguée la tradition. Les observations, tant expérimentales que cliniques, montrent que sous ce rapport il est de beaucoup inférieur à d'autres remèdes. A l'hôpital, l'auteur prescrit pour gargarisme la liqueur d'acétate d'alumine (1 à 2 cuillerées à thé pour 1 verre d'eau) et il fait badigeonner les gencives deux fois par jour avec le mélange suivant :

Teinture de noix de galle Teinture de ratanhia	ââ 12,0
Résorcine	3,0
Menthol	0,25

D. S. Usage externe.

Dans la pratique privée, il fait usage du gargarisme suivant, pro-

posé par Pick, et qui répond parfaitement au but, car il agit comme antiseptique et astringent :

Menthol	1.0
Teinture de ratanhia	} ââ 50,0
Alcool rectifié	

D. S. Une 1/2 cuillerée à thé pour un verre d'eau.

Si, malgré toutes ces mesures, la stomatite mercurielle se développe, la première condition du traitement est de *suspendre l'administration du mercure*. En même temps, on cherchera par les purgatifs et les sudorifiques à *provoquer l'élimination rapide du mercure* de l'organisme.

L'usage interne du *chlorate de potasse* perd de plus en plus de la vogue, les avantages de ce remède ne compensant pas les dangers que comporte son administration.

Bien plus importante est la série des remèdes locaux sous forme de *gargarismes antiseptiques*. Il a déjà été question du peu d'efficacité du *chlorate de potasse*. Un second gargarisme très employé — le *permanganate de potasse* — le cède aussi comme efficacité aux autres remèdes, abstraction faite de son goût désagréable et du dépôt brun foncé, difficile à enlever, qu'il forme sur les dents. Beaucoup plus actifs sont le sublimé et le peroxyde d'hydrogène. De Renzi a employé avec succès contre la stomatite mercurielle une solution de sublimé de 1 : 4000. A. Wolff dit que le gargarisme au sublimé est capable de prévenir le développement de la stomatite mercurielle et, si elle existe déjà, d'en produire rapidement la guérison.

L'auteur a,souvent employé le *sublimé* comme gargarisme (1 : 4000) et toujours avec succès. Cependant, à son avis, le meilleur remède est le *peroxyde d'hydrogène* introduit dans la thérapeutique par les médecins français.

Nullement toxique, et c'est en cela que consiste sa grande supériorité sur le sublimé, il n'irrite pas la muqueuse buccale et peut être employé comme gargarisme à une solution de 2 p. c. et davantage.

En se basant sur de nombreuses observations personnelles, il regarde avec Boennecken ce médicament comme le meilleur pour le traitement local de la stomatite mercurielle. Un gargarisme de 2 p. c. de peroxyde d'hydrogène détruit très rapidement l'haleine fétide propre à l'inflammation mercurielle de la cavité buccale, débarrasse les bords des gencives des produits de décomposition qui les recouvrent et en amène en peu de temps la guérison.

Dühring attribue à l'*acide chromique* la valeur d'un véritable spécifique, à la fois pour prévenir et pour guérir la stomatite. (Badigeonner les gemives avec un pinceau trempé dans la solution à 10 p. c.

Si des ulcérations très douloureuses empêchent le malade de se gargariser suffisamment, il faut introduire dans la cavité buccale une solution désinfectante à l'aide de l'irrigateur ou de la seringue. Dans les cas d'ulcérations très étendues et très nombreuses, on emploiera avec avantage l'*iodoforme* en poudre ou une solution éthérée. On peut aussi, d'après Mikulicz et Kümmel, mettre dans la bouche des *bandes de gaze iodoformée*, de façon à séparer les surfaces ulcérées et à en activer la cicatrisation.

Contre la sensibilité excessive des ulcérations mercurielles, on peut employer avec avantage l'*orthoforme*, au lieu de la cocaïne, dont l'action est passagère et qui n'est pas toujours sans danger.

Il est superflu de dire qu'aux malades, atteints de stomatite mercurielle, il faut prescrire une alimentation liquide, non irritante et défendre de fumer. L. D.

—

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LES INJECTIONS D'ACIDE CINNAMIQUE.

Il y a longtemps que le dr Landerer cherche à attirer l'attention sur ce mode de traitement, et, en dépit de toutes les déceptions auxquelles nous ont habitués toutes les innovations thérapeutiques en fait de traitement de la tuberculose, il semble que la médication mérite d'être mentionnée à cause précisément du zèle et de la tenacité de son inventeur.

Le dr Landerer pense qu'en introduisant dans la circulation sanguine de l'acide cinnamique et de ses dérivés, on parvient, sans effet secondaire fâcheux sur les hématies ou sur la crase sanguine, à déterminer une hyperleucocytose intense et une série de transformations élémentaires des foyers tuberculeux, dont l'aboutissant serait un processus de sclérose au niveau des tubercules. Peut-être aussi l'acide cinnamique aurait-il une action directement antitoxique. Quoi qu'il en soit de ces vues théoriques et du mécanisme suivant lequel agit l'acide cinnamique, les résultats obtenus par le dr Landerer paraissent encourageants. Il a soigné ainsi plus de 200 tuberculeux atteints des formes les plus diverses de l'infection bacillaire (tuberculeux pulmonaires au début, phtisiques avancés, tuberculoses intestinales, péritonites tuberculeuses, tuberculoses chirurgicales) et il a obtenu, localement, des modifications très favorables des foyers tuberculeux et, parallèlement, une influence générale salutaire; les tuberculoses pulmonaires aux premiers stades guérissent dans un temps relativement court; les tuberculoses pulmonaires plus avancées sont généralement améliorées; les tuberculoses chirurgicales fermées sont enrayées; la

fièvre tuberculeuse tombe; par contre, la médication n'agit pas sur les tuberculoses compliquées d'infection secondaire, et elle reste impuissante en présence des formes aiguës ou subaiguës.

D'après le dr Landerer, le traitement doit consister dans l'emploi prolongé plusieurs mois d'injections intra-veineuses.

On commence par 1 milligr. de cinnamate de soude (hétol) en solution aqueuse à 1 p. c., qu'on injectera de préférence dans la matinée. Les injections sont faites tous les deux jours, en augmentant de un demi-milligramme chaque fois, de manière à atteindre, au bout de vingt à trente jours, la dose de 10 milligrammes. On se sert alors d'une solution à 5 p. c., et on augmente progressivement les doses de 2,5 mg, de manière à atteindre, dans la cinquième ou sixième semaine, une dose de 25 milligrammes.

C'est la dose maxima qu'on ne doit pas dépasser.

Au bout de quatre à six semaines, on laisse le malade se reposer pendant un ou deux mois.

L'acide cinnamique (C^6H^5, CH = CH. COOH) se présente sous la forme de petits cristaux incolores, sans odeur, insolubles dans l'eau froide, assez solubles dans l'eau chaude, très solubles dans l'alcool et dans l'éther sulfurique.

Quant au cinnamate de sodium, dénommé *hétol*, c'est une poudre blanche, cristalline, soluble dans l'eau chaude, dans la proportion de 1 pour 20. L'auteur se sert ordinairement de solutions aqueuses à 1 et à 5 p. c.; il est essentiel que ces solutions aient une réaction neutre ou faiblement alcaline; les solutions acides sont à rejeter formellement. Il en est de même des solutions fortement alcalines.

Avant de se servir de ces solutions, le médecin fera bien de les filtrer sur papier suédois, puis de les soumettre à la stérilisation, qui est très bien supportée; on les conservera dans des flacons de couleur pour les soustraire à l'action de la lumière.

Le procédé habituel consiste dans des *injections intra-veineuses*.

Le manuel opératoire de ces injections n'a rien de compliqué. Il est évident que l'on pourrait, à la rigueur, faire pénétrer le médicament dans n'importe quelle veine de l'économie, à la condition de choisir un vaisseau bien superficiel et facile à faire saillir sous la peau; mais il n'en reste pas moins certain que la région la plus commode pour opérer est le pli du coude; ajoutons que l'on pourrait aussi utiliser la veine saphène interne, au moment où elle passe au-devant de la malléole tibiale.

L'auteur conseille de choisir la veine céphalique ou la veine médiane céphalique, que l'on rendra facilement turgescente en appliquant un lien constricteur modérément serré vers la partie moyenne

du bras, comme cela se pratique pour la phlébotomie. Cette région sera préalablement nettoyée avec une brosse, du savon et de l'eau chaude ; après avoir enlevé la mousse, on achèvera la désinfection du champ opératoire avec de l'alcool à 90° ou avec de l'éther ordinaire.

Ces précautions élémentaires étant prises, le médecin procédera à l'injection de la manière suivante : armé d'une seringue stérilisable préalablement aseptisée par une ébullition prolongée, il enfoncera l'aiguille très obliquement dans la veine. c'est à dire aussi parallèlement que possible à l'axe de celle-ci ; dès que l'aiguille est entrée dans la lumière du vaisseau, on a la sensation d'avoir pénétré dans un espace vide ; l'aiguille sera alors enfoncée de 1 à 2 centimètres, après quoi on n'aura plus qu'à pousser le piston plus ou moins loin, suivant la quantité de liquide médicamenteux que l'on veut injecter. L'injection terminée, on retire l'aiguille et l'on applique sur la piqûre un pansement compressif.

Cette petite opération est renouvelée tous les deux, trois ou quatre jours, suivant les indications tirées de l'état général du patient et de la gravité de la maladie.

Toutes les fois que les injections intra-veineuses sont impraticables soit à cause de la pusillanimité du sujet, soit à cause de son âge (cette pratique est, en effet, peu recommandable chez l'enfant, dont le système veineux superficiel est peu développé), Landerer conseille de recourir aux *injections intra-musculaires* dans la région fessière ; on les fera de la même manière que les injections mercurielles appliquées au traitement de la syphilis. Dans ces cas, la dose du médicament pourra être de 1/3 à 1/2 supérieure à celle que l'on affecte. dès le début, aux injections intra-veineuses. Cependant, tout en reconnaissant que cette méthode peut donner des résultats satisfaisants, Landerer déclare qu'elle est sensiblement inférieure, comme efficacité, à la première, c'est-à-dire celle des injections intra-veineuses : il faudrait, paraît-il, deux fois plus de temps pour obtenir le même résultat avec la seconde méthode qu'avec la première.

Le médecin devra observer la plus grande prudence en ce qui concerne la quantité de médicament qu'il convient d'administrer. Landerer recommande bien de ne commencer que par des doses très faibles : 1 milligramme ou même 1/2 milligramme, ce qui correspond à une division de la seringue de Pravaz (de 1 centimètre cube), à la condition d'opérer avec une solution à 1 p. c. On pourra ensuite augmenter progressivement cette dose, en procédant par 1/2 milligramme, puis par un milligramme, tous les deux ou trois jours, jusqu'à atteindre 1 centigr. 1/2 à 2 centigrammes (hommes) et 1 centigramme à 1 centigr. 1/2 (femmes). Il est sage de ne jamais dépasser 2 centigr. 1/2, à moins d'indications tout à fait exceptionnelles.

L'étude de la température est un excellent guide pour la marche à suivre pendant le traitement, d'où la nécessité absolue d'établir une courbe thermométrique pour chaque malade soumis à cette médication et de consulter soigneusement la température avant et après chaque injection que l'on fera. Toutes les fois que le thermomètre indiquera une ascension après l'administration de l'hétol, on en conclura que la dose a été trop forte et l'on diminuera la quantité du médicament injecté à la prochaine séance, quitte à augmenter de nouveau cette dose, au bout de quelques jours, pour tâter encore une fois la réaction à laquelle elle peut donner lieu. Si cette nouvelle dose est bien supportée, et la température renseignera parfaitement sur ce point, on la continuera pendant quelques jours, après quoi on essayera encore une dose un peu plus forte, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'on ait atteint la dose maxima, qui doit être de 2 centigram. 1/2 par injection; chez certains sujets exceptionnellement doués à ce point de vue, mais chez ceux-là seulement, il sera possible de dépasser le chiffre sus-indiqué, à la condition d'opérer cette progression par 1/4 de milligramme.

C'est en s'entourant de ces précautions indispensables que l'on pourra se placer dans de bonnes conditions pour juger de l'efficacité de ce traitement. L. D.

—

RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LES ENDOCARDITES.

Le dr Harbitz vient de communiquer ses recherches sur l'anatomie pathologique et la bactériologie des endocardites qu'il divise en *infectieuses* et *non-infectieuses*, les premières comprenant les cas dont l'agent pathogène est connu (streptocoque, staphylocoque, gonocoque, etc.); les secondes, les cas dont nous ne connaissons pas encore les germes (endocardites rhumatismales).

Sur 43 cas d'*endocardites infectieuses*, que l'auteur a étudiés, 17 étaient produites par le streptocoque, 5 par le pneunocoque, 8 par le staphylocoque, 3 par d'autres germes pathogènes; dans 10 cas, il s'agissait d'endocardites anciennes et guéries. Au point de vue de la symptomatologie et des lésions anatomiques, ces faits se divisaient en deux groupes.

A. *Endocardites secondaires*. Dans les cas où l'endocardite aiguë était due à une suppuration d'un point quelconque de l'organisme et faisait partie d'une pyohémie généralisée, on trouvait, au niveau des valvules, des exsudats diphtéroïdes, des ulcérations et même de véritables abcès, qui, de la base des valvules, pénétraient dans le myocarde. A côté de ces lésions, on trouvait des abcès dans la plupart des

organes, dans le foie, la rate, les reins, le myocarde, le tissu cellulaire sous cutané, etc. L'endocardite constituait donc ici une localisation de l'agent pyogène qui, en même temps, pénétrait dans d'autres organes. Dans la grande majorité des cas, cet agent pyogène était le staphylocoque.

B. *Endocardites primitives*. Dans ce second groupe, l'endocardite est produite par la localisation primitive sur l'endocarde de l'agent pathogène, qui, secondairement, envahit les autres organes. Les microorganismes qu'on trouve dans ces cas sont ordinairement le streptocoque et le pneumocoque. Au point de vue clinique, cette endocardite infectieuse est caractérisée par le développement insidieux et progressif des symptômes (d'abord, fièvre légère, douleurs rhumatismales, malaises indéterminés, puis palpitations, dyspnée, œdèmes, etc) et par sa longue durée qui peut être de quatre à dix mois. A l'autopsie, on trouve les lésions de l'endocardite végétante ou verruqueuse; les ulcérations ne sont pas fréquentes; quelquefois on trouve des dilatations anévrismales des valvules, et l'ensemble des lésions indique une tendance naturelle à la guérison.

Le nombre de microorganismes qu'on trouve dans les valvules et les végétations de l'endocardite est considérable, et, malgré cela, on ne trouve pas d'abcès dans les organes; les infarctus et les embolies du foie, des reins, du cerveau, etc., ne suppurent pas. La rate est ordinairement augmentée de volume, de consistance ferme et ses cultures restent stériles; les reins, qui sont tantôt gras et cyanosés, tantôt mous, tuméfiés et recouverts d'hémorrhagies punctiformes, ne renferment pas non plus de bactéries.

Sur 16 cas de ce genre étudiés par l'auteur, 9 étaient produits par des streptocoques, 3 par des microorganismes non encore classés. Dans 10 autres cas ayant présenté la même marche clinique, et, à l'autopsie, les mêmes lésions caractéristiques de l'endocardite végétante, on ne trouva pas de microorganismes dans les valvules ni dans les végétations. Dans ces cas, le processus pathologique était probablement terminé et les lésions guéries.

Pour ce qui est de l'*endocardite non-infectieuse*, c'est-à-dire de l'endocardite dont on ne connaît pas encore le microorganisme pathogène, l'auteur en a étudié 6 cas. Il s'agissait d'endocardites rhumatismales aiguës qui se sont terminées par la mort, quatre à dix semaines après leur début.

Dans tous ces cas, on a trouvé, sur les bords des valvules, une rangée de végétations composées de thrombus hyalins avec tissu conjonctif proliféré à leur base. Nulle part il n'y avait d'exsudats diphtéroïdes, ni d'ulcérations. L'examen microscopique et les cultures (aérobies et anaérobies) ont donné des résultats négatifs.

L'auteur a encore trouvé l'endocardite verruqueuse à l'autopsie de 9 tuberculeux. Les caractères histologiques de la lésion étaient les mêmes que dans le groupe précédent; dans un cas, les végétations renfermaient des cellules épithélioïdes.

L'examen microscopique a montré, dans un cas, un amas de bacilles tuberculeux. Les cultures ont donné des résultats négatifs; pourtant les végétations provenant de deux de ces malades ont provoqué la tuberculose chez des cobayes auxquels elles ont été inoculées. L'auteur ne pense pas, pourtant, que les bacilles tuberculeux aient joué un rôle effectif dans la production de cette endocardite.

Le dr Harbitz signale, enfin, l'endocardite verruqueuse qu'il a plusieurs fois trouvée à l'autopsie des cancéreux, des brightiques, etc. Dans aucun de ces cas, il n'a trouvé des microorganismes au niveau des valvules. L. D.

—

VALEUR RELATIVE DE L'ANTISEPSIE ET DE LA TECHNIQUE.

Rapport de M. E. BUMM, de Bâle.

« La confiance absolue dans le pouvoir protecteur de l'*antisepsie* a été considérablement affaiblie par des recherches exactes. Toute une série d'expériences et d'observations a prouvé qu'il est impossible d'arriver à faire des opérations avec absence absolue de microbes.

Nous pouvons rendre stériles les instruments et les pansements, mais il n'existe pas de méthode, du moins jusqu'ici, qui nous fasse arriver sûrement au même résultat pour la peau des mains et du terrain opératoire.

Des recherches bactériologiques, faites depuis un an, pendant un grand nombre d'opérations, du commencement jusqu'à la fin, et intéressant non seulement la peau des mains et du terrain opératoire, mais aussi la plaie, les instruments, le matériel de pansement et de ligature, m'ont conduit aux résultats suivants.

1. Il n'y a pas moyen d'enlever avec certitude tous les microbes des mains. L'emploi successif du savon et de l'eau chaude, de l'alcool, et d'une solution de lysol ou de sublimé, pendant 10 minutes pour chaque, ne rend pas avec certitude la peau stérile.

Pour ces expériences il faut prendre des précautions très sévères, comme les prescrit la méthode de Hägler, pour arriver à des résultats probants. Il importe surtout de ne pas se contenter de l'examen d'une petite partie des mains, d'enlever les restes du sublimé et de tenir compte du ratatinement de l'épiderme par l'alcool.

2. La même conclusion s'impose pour la stérilisation de la peau du reste du corps et spécialement pour les organes génitaux extérieurs, le périné, le vagin, etc.

3. Ce sont surtout les microbes venant de la couche profonde de l'épiderme et des conduits glandulaires que nous retrouvons dans le cours de l'opération sur les instruments, les ligatures et dans la plaie. Dans 50 grandes opérations, exactement contrôlées, il ne s'en trouva pas une dans laquelle les microbes manquèrent.

4. Dans la méthode « aseptique », même quand on opère dans les meilleures conditions et avec les précautions les plus méticuleuses, le nombre des microbes est de beaucoup supérieur à celui que donne l'emploi de la méthode antiseptique. La solution, soi-disant stérile de chlorure de soude, contient à la fin de l'opération régulièrement des microbes et des fois même en grand nombre.

5. Les microbes contenus dans la poussière atmosphérique ne jouent qu'un rôle subordonné dans l'infection des plaies opératoires.

6. S'il est déjà difficile d'opérer sans donner accès aux microbes, il est encore plus difficile de tenir éloignés les microbes de la plaie et de son entourage pendant un plus grand laps de temps.

Donc, il faut dire que c'est une illusion de croire que l'asepsie et l'antisepsie amènent l'état stérile des plaies. Selon les circonstances il arrivera dans chaque plaie tantôt plus, tantôt moins de microbes.

Nonobstant la présence constatée de microbes, la plupart des plaies guérit sans suppuration et sans fièvre, ce qui tient aux forces bactéricides de l'organisme.

Mais ce pouvoir bactéricide de l'organisme peut être insuffisant, ce qui arrive *quand les plaies sont mises en contact avec des microbes virulents ou quand elles présentent des conditions défavorables au développement intégral des qualités bactéricides des tissus et des humeurs.*

Jadis l'arrivée des microbes virulents aux plaies n'était subordonnée qu'au hasard Aujourd'hui l'antisepsie nous permet d'éviter ce contact. Mais, puisque d'un côté les microbes virulents se trouvent généralement liés aux sécrétions des plaies et aux humeurs d'un organisme infecté et que d'un autre côté une désinfection certaine de la main salie par ces sécrétions infectieuses est impossible, éviter le contact de matières septiques, l'abstinence après de tels contacts et l'isolement des malades septiques doivent être regardés comme l'élément dominant de toute asepsie ou antisepsie.

La seconde possibilité d'insuffisance du pouvoir bactéricide de l'organisme nous mène *au point, où le domaine de la technique empiète sur celui de l'antisepsie. La technique doit remédier à la défectuosité de nos moyens antiseptiques et aseptiques, elle doit arranger les conditions dans lesquelles se trouve la plaie, de manière à ce que l'organisme puisse vaincre les microbes qui ne manquent presque*

jamais entièrement. Dans ce sens on peut dire que des moyens purement techniques ont une grande influence sur la guérison aseptique des plaies.

Je voudrais donner quelques exemples pour développer plus amplement cette assertion.

Une opération de courte durée, bien exécutée, sans hésitations n'expose les tissus que pendant peu de temps à l'influence des choses ambiantes et réduit les attouchements au strict nécessaire, donc elle diminue les chances d'une infection accidentelle. Le nombre des microbes arrivant dans la plaie sera beaucoup moindre que dans le cas d'une opération de longue durée, pendant laquelle les tissus sont lacérés par des attouchements réitérés.

En outre par une courte durée de l'opération la résistance des tissus vulnérés tout autant que la résistance générale de l'organisme est mieux préservée. Laisser ouverte la cavité péritonéale pendant longtemps a une mauvaise influence bien connue sur le cœur, les intestins et la séreuse. L'asepsie a fait cesser le danger causé par l'application de désinfectants trop concentrés.

La signification de l'*hémostase* pour la guérison aseptique des plaies est bien connue. Plus la plaie est sèche, plus il y a de chances d'une guérison primaire. D'un autre côté le sang suinté, perdant vite en dehors des vaisseaux ses propriétés bactéricides, forme un milieu de culture excellent pour les microbes. C'est surtout le cas pour la cavité péritonéale, de sorte que pour les opérations abdominales une hémostase exacte est au moins aussi importante qu'une asepsie exacte.

Ensuite, le choix de la *voie opératoire* a de l'importance. Il n'est pas permis de rejeter en principe soit la voie vaginale, soit la voie abdominale. Si par le vagin le terrain opératoire se laisse mettre à jour de manière à ce qu'une hémostase exacte soit possible et que les lésions de l'entourage puissent être évitées, alors la voie vaginale est la moins dangereuse et la meilleure. Mais si de cette manière il est impossible d'y voir suffisamment, il vaut mieux négliger les difficultés de l'asepsie et se laisser guider par la technique qui demande la laparotomie.

Un dernier point, où l'antisepsie et la technique se touchent, c'est le *drainage*, et surtout le drainage de la cavité péritonéale.

Il est certain que le drainage le plus large ne fait rien dans la péritonite septique diffuse. Mais le cas est tout autre quand il s'agit de troubles locaux, soit foyers purulents, soit lésions étendues de la séreuse ou contact de celle-ci avec des matières infectieuses. Dans ces conditions-là il ne faut pas exiger du péritoine plus que d'une

autre plaie et faire alors le drainage par les tampons de gaze. De ce drainage je n'ai jamais vu résulter aucun mal, toujours rien que du bien et il vaut mieux, à mon avis, le faire une fois de trop qu'une fois de moins.

Somme toute, il faut conclure que pour arriver à un résultat entièrement satisfaisant l'antisepsie et la technique doivent s'entre-aider. L'une sans l'autre ne suffit pas. L'histoire du traitement intrapéritonéal du moignon dans la myotomie offre un bon exemple de l'importance de la technique relativement à l'antisepsie.

L'antisepsie est assez facile à apprendre et à pratiquer. La technique est plus difficile à apprendre, c'est un art qui demande avant tout une aptitude innée. Il est plus que temps de donner de nouveau plus de prépondérance à l'enseignement de la technique, par trop négligé en faveur de celui de l'antisepsie. »

—

EAU CHLOROFORMÉE DANS LA GASTRO-ENTÉRITE DES ENFANTS.

Le dr Van Emelen d'Anvers, nous communique un fait intéressant de sa pratique, dans les termes suivants :

« Dans le no de juillet de la *Revue Médicale* vous donnez quelques indications de l'eau chloroformée. Permettez-moi d'en ajouter une ou plutôt de la spécifier. Je veux parler de son emploi dans la *gastro-entérite des petits enfants;* dans cette maladie elle exerce son action analgésique sur la muqueuse gastro-intestinale en même temps que ses propriétés antiseptiques.

La préparation suivante :

Acide lactique	1 gr.
Eau chloroformée (1/200)	80 gr.
Essence de camomille	II gouttes
Sirop d'anis	20 gr.

à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les deux heures, m'a donné pendant tout l'été les meilleurs résultats. J'employais concurrement tous les moyens hygiéniques nécessaires suivant les circonstances : diète hydrique, régime sévère, etc.

J'ai également administré l'eau chloroformée saturée à des adultes dans des cas de *cholérine* et toujours avec de très bons résultats.

L'eau chloroformée est certainement un excellent adjuvant de beaucoup de médicaments, soit qu'on recherche uniquement son action analgésiante, soit qu'on désire utiliser en même temps ses propriétés antiseptiques. »

L. D.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 29 juillet 1899.

M. Herlant répond aux critiques dont a été l'objet le tableau qu'il a dressé et qui est inséré dans le rapport de M. Rommelaere concernant la proposition de cet honorable membre, tendant à créer une Pharmacopée internationale.

M. Herlant reconnaît que ce tableau renferme quelques inexactitudes, mais il n'a pas la prétention de ne jamais se tromper. Il admet une partie des observations de M. Heymans relatives à plusieurs médicaments, cités dans le dit tableau, et s'applique à réfuter les erreurs signalées par son honorable contradicteur.

1. Suite de la discussion concernant l'*obligation de la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses.*

M. Putzeys pense que la Belgique est mieux préparée qu'on ne le dit à l'intervention d'une loi sanitaire. La classe ouvrière des villes, des centres industriels et des campagnes n'a jamais été réfractaire à la déclaration des maladies contagieuses; elle ne peut, du reste, que gagner à l'exercice d'une police sanitaire rigoureuse : formant la grande masse de la nation, elle est plus exposée aux ravages des épidémies. On a évalué, en effet, à 2,500,000 le nombre des membres des familles comprenant au moins un ouvrier industriel, et à 2,000,000 la population ouvrière agricole. Ces deux chiffres réunis représentent 69 p. c. de la population totale de la Belgique.

Le projet de loi sanitaire, devant être utile à la grande majorité, présente un caractère d'opportunité indiscutable. Il sera accepté et défendu avec ardeur dans les milieux populaires, où les principes d'hygiène pénètrent d'une façon surprenante.

Les mutualités, qui comptent actuellement en Belgique 150,000 affiliés, revendiqueront certainement les réformes hygiéniques qui peuvent procurer des avantages à leurs associés et à leurs caisses, et la déclaration obligatoire est du nombre. Une minorité soi-disant éclairée et supérieure opposera-t-elle plus longtemps ses intérêts égoïstes au bien public?

Quoiqu'on prétende, le corps médical n'éprouve pas une répugnance bien vive pour la notification obligatoire. Ainsi, dit M. Putzeys, dans le ressort de la Commission médicale provinciale de Liège, près de la moitié des médecins des communes rurales et industrielles signalent à ce Collège les cas de maladies transmissibles qu'ils observent. Nombre de praticiens sont, du reste, disposés à accepter cette nouvelle obligation, à la condition qu'on les rémunère du service rendu et que la notification soit le prélude de mesures prophylactiques sérieuses.

La déclaration du médecin doit servir de contrôle; elle sera faite à l'inspecteur sanitaire du ressort, tandis que la famille notifiera le cas à l'administration locale qui ne pourra donc pas invoquer son igno-

rance ni celer la situation aux autorités sanitaires en vue d'éviter leur intervention. Celle-ci sera toujours nécessaire, car il est des mesures qui échappent à la compétence du médecin. Mais pour que la déclaration porte des fruits, il est indispensable que notre organisation sanitaire soit réformée, que l'inertie des administrations communales puisse être vaincue par l'intervention du pouvoir central. Déclaration obligatoire, isolement, désinfection, travaux d'assainissements, ces quatre termes sont inséparables.

En Allemagne, l'intérêt public qui est en jeu dans la lutte contre les maladies transmissibles a toujours été mis au-dessus de l'intérêt personnel représenté par le secret professionnel. En Angleterre, le corps médical dans son ensemble observe la loi avec la plus grande fidélité et le plus grand empressement; au 31 mars dernier, la population totale de l'Angleterre étant de 29 millions en chiffres ronds, le système de notification obligatoire était en vigueur pour une population de près de 28 millions et, fait remarquable, ce résultat avait été obtenu en quelque sorte volontairement, c'est-à-dire grâce à l'application facultative de la loi de 1889. Il y a peu de semaines, les deux chambres du Parlement ont voté une loi destinée à étendre la législation de 1889 aux districts où elle n'a pas été adoptée. Revêtue de l'approbation royale, cette loi sera mise à exécution dans toute l'Angleterre et le pays de Galles le 1er janvier prochain.

Si la loi hollandaise de 1872 n'a pas donné tous les résultats qu'on en attendait, cela s'explique par des lacunes qu'elle présente et par le défaut de sanction, le Gouvernement ne pouvant faire exécuter d'office les mesures d'hygiène reconnues nécessaires. Néanmoins il serait injuste de lui dénier toute influence bienfaisante.

En Belgique, l'organisation de services exécutifs d'hygiène publique est le grand desideratum; mais la déclaration obligatoire aurait pour effet de développer singulièrement leur champ d'activité. Il est donc désirable que les médecins l'acceptent, sans arrière-pensée, comme un devoir impérieux, et qu'ils ne négligent rien pour éclairer leurs clients sur leurs obligations morales, pour vaincre leurs résistances et pour éveiller en eux la conscience que l'intérêt mesquin paralyse trop souvent.

La discussion est close et M. le Secrétaire donne lecture de la proposition de M. Hubert, amendée par M. Kuborn, ainsi conçue : « Considérant que, pour pouvoir lutter efficacement contre l'extension de certaines maladies infectieuses et contagieuses susceptibles de se développer à l'état d'épidémie, et dont la liste sera dressée ultérieurement, la première condition est de connaître les foyers d'où elles rayonnent, l'Académie royale de médecine prie le Gouvernement de rendre la dénonciation obligatoire. »

M. Barella propose un amendement, qui n'est pas admis.

Il est procédé au vote par appel nominal sur la proposition de M. Hubert, amendée par M. Kuborn. — Cette proposition est adoptée par 14 voix contre 5 et 5 abstentions.

Ont répondu oui : MM. Depaire, Pigeolet, Kuborn, Borlée, Deneffe, Degive, Willems, Van Bambeke, Blas, Vanden Corput, Hubert, Mœller, Bouquée et Venneman.

Ont répondu non : MM. Boddaert, Hayoit de Termicourt, Casse, Nuel et Rommelaere.

Se sont abstenus : MM. Soupart, Masoin, Barella, Dessart et Debaisieux.

— La proposition adoptée par l'Académie sera transmise au Gouvernement.

2. Discussion du rapport de la Commission qui a examiné la question relative à l'usage du tabac chez les jeunes gens au dessous de seize ans.

M. Nuel le combat pour deux motifs : 1° parce qu'il voudrait voir défendre le tabac aux enfants et 2° parce que le rapport fixe trop bas l'intervention du tabac dans la production des amblyopies toxiques.

Pour ce qui est de l'amblyopie toxique, le rapport estime que l'amblyopie nicotinique ne se présente à la consultation que dans la proportion de 1 cas sur 2,095 malades; la plupart des amblyopies toxiques seraient dues à l'alcool. Or, les auteurs s'accordent aujourd'hui sensiblement à admettre que les prétendues amblyopies « alcooliques » sont en réalité dues au tabac et que l'abus des spiritueux ne fait que créer une prédisposition à l'éclosion de l'amblyopie nicotinique. A consulter les statistiques les plus récentes, 1 sur 2 à 300 malades des yeux serait atteint d'amblyopie nicotinique.

En second lieu, le rapport incline à admettre que l'amblyopie nicotinique est de l'ordre des troubles fonctionnels, peu importants et pouvant disparaître par l'abstention. Or, il est aujourd'hui bien prouvé que l'amblyopie nicotinique est due à l'atrophie des fibres (maculaires) du nerf optique.

En ce qui regarde la curabilité de l'amblyopie, certainement elle existe dans une forte mesure. Mais pour peu qu'elle soit prononcée, elle ne disparaît jamais complètement.

Les graves altérations que la nicotine produit dans le nerf optique prouvent que les autres troubles (cardiaques, etc.) provoqués par la nicotine ne sont probablement pas de simples troubles fonctionnels, mais reconnaissent pour cause des altérations du système nerveux central qu'on finira par découvrir.

M. Nuel combat donc la conclusion du rapport qui se prononce contre toute mesure législative à propos de l'usage du tabac par les enfants.

Le rôle de l'Académie est de relever que l'usage du tabac présente des dangers, surtout pour les systèmes nerveux en voie de croissance, mais qu'elle laisse au pouvoir législatif le soin de décider si, pour des considérations qui n'ont aucun rapport avec la médecine et l'hygiène, il n'y a peut-être pas lieu de légiférer en la matière.

— La discussion est remise à une prochaine séance.

VARIÉTÉS.

LA MÉCANOTHÉRAPIE.

L'aérothérapie, l'hydrothérapie, la mécanothérapie, ces modificateurs par excellence de la nutrition, possèdent une action thérapeutique dont la puissance a été surtout appréciée dans ces derniers temps, et ils tendent de plus en plus à se substituer aux agents pharmaceutiques dans le traitement d'un grand nombre de maladies générales et locales.

La mécanothérapie, dont nous voulons parler en nous servant principalement d'une étude du dr Lagrange parue dans la *Revue des maladies de la nutrition*, emprunte ses moyens d'action à la mécanique.

Rappelons d'abord que c'est un suédois, Ling, qui, il y a plus de 60 ans, jeta les premières bases réellement scientifiques du traitement mécanique; sa méthode procura des résultats si remarquables qu'elle se vulgarisa bientôt sous le nom de gymnastique suédoise.

Tous les procédés de la gymnastique suédoise visent, en résumé, à deux résultats : *doser* l'exercice et le *localiser*.

« Doser » l'exercice, c'est en mesurer l'intensité avec assez de précision et de tact pour ne pas dépasser l'effet utile ; le « localiser », c'est limiter son effet à une région déterminée, de façon à éviter son retentissement sur des organes qu'il importe de ménager.

Donnons quelques exemples pour faire comprendre comment se dose l'exercice.

Représentons-nous deux gymnastes dont l'un cherche à étendre le bras pendant que l'autre, lui tenant la main, lutte contre ce mouvement et lui oppose une résistance plus ou moins grande, sans toutefois paralyser complètement son effort. Le mouvement exécuté par le premier exigera un déploiement de force d'autant plus grand que la résistance du second sera plus considérable. Le second gymnaste, s'il sait bien calculer sa résistance, pourra donc augmenter ou diminuer, à volonté, la dépense de force du premier. Tel est le principe. On peut en varier à l'infini les applications, ce que fait le gymnaste « opposant » pour le bras, pour les jambes, pour les épaules, les hanches, la tête, etc. On comprend que chaque groupe de muscles pourra, suivant les besoins du traitement, être mis en jeu avec le degré de force voulu. Le rôle de l'aide, dans la pratique de la gymnastique médicale, est d'une grande importance. C'est à son tact, à sa connaissance parfaite des mouvements et de leur effet qu'est subordonné le succès de la cure. Les auteurs suédois donnent à cet aide le nom

de « gymnaste », désignation qui déroute un peu, car, chez nous, la qualification de « gymnaste » s'applique à ceux qui exécutent les mouvements gymnastiques, plutôt qu'à ceux qui surveillent et dirigent ces mouvements.

Pour graduer l'effort musculaire demandé au patient, le gymnaste a plus d'une ressource à sa disposition. La plus élémentaire consiste à lui opposer un effort d'intensité croissante. Mais cette méthode pourrait être mise en défaut quand il s'agit de masses musculaires très puissantes, auxquelles ne peut faire équilibre la force d'un bras, et même des deux bras du gymnaste opposant. Admettons, par exemple, qu'il s'agisse d'exercer les muscles qui redressent la colonne vertébrale et supposons que le patient soit assis, le tronc fléchi en avant, et fasse effort pour se redresser pendant que le gymnaste opposant lutte contre cet effort. Si l'opposition se fait simplement, en appliquant la main dans le dos et en luttant, par une poussée en avant, contre l'effort qui reporte le tronc en arrière, la résistance de l'opposant sera nécessairement très faible; car la force des bras d'un homme très vigoureux est inférieure à la force des reins d'un homme de vigueur moyenne. Dans ce mode d'exécution, tout l'avantage sera du côté de l'homme qui exécute le mouvement ; il vaincra aisément la résistance de l'opposant, sans avoir besoin de faire appel à toute la force des muscles mis en jeu : le mouvement sera « faible ».

Par contre dans l'exemple suivant, l'avantage est pour le gymnaste opposant. Le patient se couche à plat ventre sur une banquette horizontale, dans une position telle que le bord de cette banquette ne dépasse pas la crête de ses hanches. Un aide fixe les jambes de façon à empêcher la chute en avant ; et le tronc, s'abandonnant à la pesanteur se fléchit vers le sol. Si, à ce moment les muscles dorsaux sont vigoureusement mis en action, le corps se redressera et pourra se replacer dans la position horizontale; mais on comprend au prix de quel effort, puisqu'il faudra lutter, dans une attitude très défavorable, contre la pesanteur qui le sollicite à retomber dans la flexion vers le sol. Il suffira, dans cette attitude, de la plus petite résistance exercée soit sur la tête soit sur les reins, pour obliger le patient qui se relève, à un effort véritablement athlétique.

Une foule de procédés aussi simples qu'ingénieux et conçus dans le même esprit, ont été imaginés par les gymnastes suédois. Ils ont, pour chaque exercice, plusieurs modes d'exécution, plusieurs « variantes » dans lesquelles l'effort musculaire croît ou décroît progressivement d'intensité. L'intensité de leurs mouvements représente ainsi comme une gamme très étendue, dans laquelle la note s'harmonise exactement avec la résistance du malade.

Dans les exemples que nous avons cités, les mouvements sont dits *actifs*, puisque le malade les exécute et le gymnaste lui oppose une résistance.

Dans beaucoup de cas, la gymnastique suédoise pousse l'atténuation de l'exercice jusqu'à supprimer complètement l'effort ; le sujet n'exécute plus l'exercice, mais il le subit. L'aide est alors chargé, non plus de résister à des mouvements voulus, mais seulement d'imprimer au corps ou aux membres du patient des déplacements dans divers sens, pour lesquels celui-ci ne fournit ni aide ni résistance. Ce sont les mouvements *passifs*. Les mouvements passifs agissent sur les articulations, dont ils entretiennent la mobilité ; sur les muscles, dont ils augmentent la souplesse et activent la nutrition ; ils ont un effet des plus salutaires sur la circulation du sang, qu'ils facilitent à l'égal des mouvements actifs, et sont, pour cette raison, très usités dans le traitement gymnastique des maladies du cœur. Ils ont enfin une action remarquable sur le système nerveux et sont fréquemment utilisés dans le traitement des névroses.

Les mouvements passifs ne sont pas encore le dernier degré d'atténuation de la « cure manuelle ». Les gymnastes suédois ont, dans leur catalogue, des procédés plus doux encore. Sans déplacer le corps ou les membres, ils font subir aux tissus vivants des attouchements, des manipulations plus ou moins énergiques qui produisent tantôt sur la peau, tantôt sur les muscles, tantôt sur les organes profonds, des effets divers tels que frictions, malaxations, percussions, etc. C'est le massage.

Le massage n'est pas séparé, dans l'enseignement de Stockholm, de la gymnastique médicale, dont il est considéré comme une forme atténuée. Dans toute ordonnance des médecins gymnastes, on le voit indiqué à côté des divers mouvements qui composent la cure. — Nous n'avons pas à entrer ici dans de longs détails sur cette forme du traitement suédois ; elle est beaucoup plus connue chez nous que les autres parties du système, et nous confondons même souvent à tort, sous cette rubrique « massage » les trois éléments de la cure manuelle : massage proprement dit, mouvements passifs et mouvements actifs.

Voyons maintenant comment la gymnastique suédoise s'y prend pour *localiser* l'exercice dans la région voulue.

On sait qu'aucun mouvement naturel ne s'exécute dans une partie du corps même limitée, sans qu'un ou plusieurs muscles éloignés ne s'associent indirectement aux muscles directement mis en jeu. L'acte de soulever un poids avec la main ne met pas seulement en action les muscles du bras, mais ceux de l'épaule, des reins et même des cuisses

et des jambes. Cette association des divers groupes musculaires peut passer inaperçue quand l'effort est faible; elle devient très apparente quand l'acte exécuté demande une grande dépense de force. Les mouvements associés ne peuvent, dans les actes ordinaires, être évités que par une attention minutieuse, ou même quelquefois par une longue accoutumance; mais il existe, dans la gymnastique suédoise, des procédés pour supprimer les mouvements associés, ou, comme disent les physiologistes, les *synergies*. Le plus élémentaire de ces procédés consiste à donner au corps une attitude telle que le membre dont on veut supprimer le travail soit mis dans l'impossibilité d'agir. Toutefois il est nécessaire, même avec la méthode manuelle, d'avoir recours à divers modes de fixation du corps ou des membres; et pour cela divers appareils sont employés pour permettre au gymnaste de varier les attitudes du patient et d'immobiliser les groupes musculaires où il craindrait d'éveiller des synergies.

Une barre plate et large, en bois capitonné, où le patient debout vient appuyer les hanches; des banquettes où il est tantôt étendu, tantôt placé à califourchon; des fauteuils à dossier mobile qui permettent de faire varier à volonté l'inclinaison du tronc; quelques barres de trapèze, pour se suspendre par les bras; une large échelle adossée au mur en forme d'espalier pour donner prise aux mains du patient, et enfin des courroies et des boucles pour fixer le corps et les membres dans l'attitude choisie : tel est l'outillage de la gymnastique manuelle.

Il ne faut pas confondre ces appareils très simples et très rudimentaires avec les *machines* beaucoup plus compliquées de la gymnastique mécanique dont nous allons parler maintenant.

Le rôle joué dans la gymnastique dite suédoise par le gymnaste, par l'opposant, étant bien compris, il est facile de concevoir que cet aide puisse être remplacé par un moteur mécanique; c'est ce résultat qu'a poursuivi dans ces dernières années, le dr Zander, un Suédois également.

Le système de gymnastique qu'il a créé, constitue à proprement parler la *mécanothérapie* et a réalisé un progrès important.

Dans la gymnastique suédoise, des objections très sérieuses peuvent être faites, en effet, quant à la nature de l'intervention de l'aide, et ces objections reposent surtout sur ce fait que la résistance opposée par le gymnaste au mouvement exécuté par le malade ne peut être mesurée, dosée d'une manière mathématique et ne saurait être constamment régulière, quelles que soient l'habileté et la science du *gymnaste*.

Celui-ci, en effet, est un être vivant et soumis, comme tel, à toutes les influences des agents extérieurs et notamment à la fatigue qui modifie

profondément son énergie et sa force musculaire. Malgré toute son attention, la force de résistance qu'il met en jeu n'est pas régulière; elle varie d'un jour à l'autre et peut même varier pendant la durée d'une même séance. Enfin, il est impossible de suivre mathématiquement le développement de la force musculaire chez le malade, puisque cette force n'est mesurée que par la résistance offerte aux muscles du gymnaste, mesure bien grossière, on en conviendra.

Ces inconvénients avaient vivement frappé le docteur Zander, de Stockholm, qui chercha à y remédier en faisant faire les résistances par des machines au lieu de les faire exécuter par le gymnaste. Zander est arrivé, après de longs tâtonnements et de nombreux essais, à créer des appareils qui répondent absolument au but visé : ils permettent d'opposer au malade une résistance déterminée exactement connue, qui peut être augmentée ou diminuée suivant les nécessités, et qui donne d'une façon précise la mesure des progrès réalisés par le malade.

Le savant médecin suédois a imaginé ainsi toute une série d'appareils qui permettent de faire travailler tous les muscles du corps, sans exception, et qui sont d'une précision et d'une délicatesse remarquables.

Les machines sont principalement de deux sortes : les unes sont destinées à exercer *activement* les muscles, les autres à imprimer des mouvements variés au corps et aux membres qui les subissent *passivement*. Ces machines sont généralement assez compliquées, mais le principe en est simple.

Les machines avec lesquelles on fait de la gymnastique active consistent essentiellement dans des contre-poids installés sur des leviers, diversement articulés, qu'on actionne à l'aide soit d'une poignée, soit d'une pédale,soit d'un dossier, etc., suivant la partie du corps soumise à l'exercice. le contre-poids offre, à l'effort du sujet qui l'actionne, une résistance qui remplace celle de la main de l'aide gymnaste employé dans la gymnastique manuelle. Or, l'intensité de cette résistance peut être réglée d'une façon absolument mathématique, par le déplacement du contre-poids le long de la règle graduée sur laquelle il est mobile. Suivant qu'on fixera ce contre-poids plus loin ou plus près de l'extrémité de la règle, on augmentera ou on diminuera la longueur du levier de résistance et, par conséquent, l'intensité de l'effort nécessaire pour l'actionner. Tel est le procédé aussi simple que sûr, à l'aide duquel la mécanothérapie permet de « doser » d'avance le travail demandé au malade, avec autant de précision que la balance doserait un médicament.

La direction du levier, et son mode d'articulation, déterminent la

direction et la forme du mouvement. Quant à l'amplitude du mouvement, c'est-à-dire à l'étendue du déplacement que doivent subir les parties du corps mobilisées, elle est réglée par la course du levier qu'on limite d'avance.

Enfin, la localisation du travail dans tel ou tel groupe de muscles s'obtient aisément.car la forme de chaque appareil est combinée pour donner au corps l'attitude voulue, et pour appliquer la force du contre-poids, à telle ou telle partie du corps ou des membres qu'il s'agit d'exercer. Pour mettre en jeu ces machines, il faut être tantôt debout, tantôt assis, tantôt couché: en un mot, placé dans une position qui favorise l'entrée en jeu des musles visés, à l'exclusion des autres.

Les machines destinées à produire des mouvements passifs ne sont pas actionnées par le malade lui-même; ce sont elles, au contraire, qui mues par une force extérieure telle qu'un moteur électrique, une machine à vapeur, un moteur à gaz, etc., communiquent au corps ou aux membres du malade toutes les formes de mouvement que le médecin juge indiquées. Étant données les ressources infinies de la mécanique, on comprend qu'un inventeur ingénieux, doublé d'un anatomiste instruit, ait trouvé moyen de faire jouer, dans tous les sens, toutes les articulations du corps, à l'aide de ces machines. Et, en effet, les machines du docteur Zander produisent tous les mouvements qu'un aide intelligent saurait imprimer aux diverses parties du corps des malades, et même quelques mouvements spéciaux que l'aide ne pourrait provoquer.

Nous avons vu comment on obtient, avec les machines, des mouvements actifs et passifs. On obtient de même, avec elles, les effets du massage. A l'aide de marteaux capitonnés, semblables, sauf le volume, à ceux qui mettent en mouvement les touches d'un piano, on obtient les effets de la forme de massage appelée tapottement. Une autre forme, le pétrissage des muscles, est obtenue à l'aide du frôlement de deux épaisses courroies de cuir, rapprochées l'une de l'autre, et entre lesquelles on passe le bras ou la jambe. On produit le massage par effleurage, à l'aide d'un large tampon qui se déplace lentement dans le sens de la surface du corps, comme ferait la main posée à plat; etc., etc.

Enfin, outre les mouvements actifs et passifs, outre les effets de massage, de trépidation, les machines Zander permettent d'avoir recours à d'autres moyens thérapeutiques empruntés à la gymnastique médicale suédoise, et qui ne sont plus des mouvements proprement dits, mais plutôt des attitudes plus ou moins forcées. Tels sont les divers modes de suspension, surtout la suspension en plan incliné. Tels sont aussi les diverses formes de décubitus dorsal ou

latéral, combinées avec des tractions ou des pressions méthodiques. Ce sont là des formes « statiques » du traitement gymnastique qui trouvent une application des plus importantes dans le traitement de la scoliose et des autres déformations de la taille.

On le voit, la mécanothérapie permet d'obtenir, sans le concours de l'aide-gymnaste, et par la seule action des machines du Suédois Zander, tous les effets hygiéniques ou curatifs de la gymnastique « à deux ». Mais il va de soi, d'après l'exposé qui précède, que chaque mouvement, soit actif, soit passif, que chaque forme de massage ou de trépidation exige une machine spéciale. Et c'est là, à vrai dire, le seul inconvénient du système Zander; il comporte un très grand assortiment d'appareils qui sont d'un prix élevé et occupent beaucoup d'espace. Aussi ne saurait-il être question d'appliquer la mécanothérapie ailleurs que dans de très grands établissements semblables aux « instituts » suédois.

Ainsi, un institut complet comprendra :

1° *Des appareils pour les mouvements actifs.* Ce premier groupe comprend un grand nombre d'appareils, une trentaine, qui permettent de faire travailler activement les muscles des membres supérieurs, des membres inférieurs, du tronc et du cou. Tous les mouvements sont réalisés : flexion, extension, abduction, adduction, circumduction, etc., etc, et pour chaque mouvement un contre-poids, variable suivant la force des muscles mis en jeu, règle l'intensité du travail à effectuer.

2° *Des appareils pour les mouvements passifs.* Ce deuxième groupe comprend une vingtaine d'appareils qui permettent de faire travailler passivement et avec le degré d'amplitude voulu les principales articulations du corps : doigts, poignets, genoux, hanches, etc., etc. Le mouvement être très limité ou très étendu au gré du médecin, grâce à un réglage extrêmement simple de l'appareil.

3° *Des appareils d'opérations mécaniques*, c'est-à-dire des appareils qui exécutent certaines des manœuvres du massage et notamment la *percussion* des bras. des jambes, du dos, de la tête, etc., la *friction* des bras, des jambes, du dos, des mains, des pieds, etc., le *pétrissage* de l'abdomen, la *vibration*, etc., etc.

Ces appareils, très intéressants, remplacent dans certains cas le massage manuel et lui sont un utile adjuvant.

4° *Des appareils orthopédiques* qui trouvent leur application spéciale dans le traitement des déviations de la colonne vertébrale. Ils sont au nombre d'une douzaine et ont pour but, les uns d'effectuer des redressements passifs en exerçant par le moyen de pression ad hoc une action correctrice sur la déviation de la colonne vertébrale,

les autres d'effectuer des redressements actifs en faisant travailler activement les muscles malades.

En somme la méthode de Zander ou la gymnastique mécanique, ne constitue pas. au point de vue thérapeutique, un système différent de la gymnastique médicale suédoise, laquelle est à la portée de tous les praticiens et les dispense d'envoyer leurs malades dans des instituts spéciaux. C'est simplement un autre mode d'application des mêmes principes, un autre procédé pour provoquer et produire les mêmes mouvements. Mais on peut dire que la mécanothérapie a permis de réaliser, dans la médication par le mouvement, un progrès comparable à celui que l'emploi des machines a introduit dans l'exécution des travaux industriels. — Ici comme là, la perfection de l'outil vient suppléer à l'insuffisance de l'artisan, comme dit le dr Lagrange.

L. D.

OPÉRATION CÉSARIENNE, SYMPHYSÉOTOMIE, CRANIOTOMIE, ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ, COMPARÉS.

Cette question était à l'ordre du jour du Congrès d'Amsterdam (août 1899) et a fourni au professeur Pinard l'occasion d'une conférence sur laquelle l'intérêt du problème et l'autorité de l'orateur attirent forcément l'attention. Nous donnerons d'abord les conclusions du brillant professeur de Paris et les chiffres sur lesquels il les appuie ; nous examinerons ensuite, brièvement, faits et doctrines — et nous mettrons enfin en regard de ses conclusions les conclusions auxquelles nous sommes arrivé de notre côté.

I.

« De la thérapeutique des viciations pelviennes, dit Pinard, doivent disparaître : 1° l'accouchement prématuré artificiel ; 2° toute opération (forceps, version etc.) impliquant la lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin siégeant soit au détroit supérieur, soit dans l'excavation, soit au détroit inférieur ; 3° l'embryotomie sur l'enfant vivant.

« Pendant l'accouchement deux dangers doivent être évités : 1° la longueur du travail, 2° l'infection.

« L'obstétrique opératoire doit comprendre dans les rétrécissements du bassin : l'agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie) ; 2° l'opération césarienne, conservatrice ou suivie de l'hystérectomie partielle ou totale ; 3° l'embryotomie sur l'enfant mort. »

Voilà les thèses ; passons aux pièces justificatives.

Opération césarienne. Elle est conservatrice ou mutilatrice selon qu'on se contente de suturer les incisions, ou que l'on pratique l'amputation partielle ou totale de l'organe : opération facile à exécuter et dont les dangers, infection et hémorrhagie, ont été infiniment réduits par l'application de l'antisepsie et les sutures.

Pinard a été emprunter ses statistiques en Allemagne, à Léopold et à Zweifel.

Statistique de Léopold : 100 opérations :

71 césariennes conservatrices : 7 femmes mortes = 9.8 p. c.

29 césariennes mutilatrices : 3 » » = 10.3 p. c.

87 enfants vivants.

Opérations de Zweifel 51 : 50 guérisons ; mortalité = 1.9 p. c.

En additionnant les faits des deux professeurs allemands, nous trouvons 151 césariennes : 11 femmes mortes = 7.2 p. c.

Nous ne pouvons nous empêcher d'applaudir les opérateurs... et de faire observer qu'à prendre pour mesure de la gravité d'une opération les résultats qu'elle donne dans des mains exceptionnellement expertes et heureuses, c'est s'exposer à de graves mécomptes : un beau jour ne fait pas le printemps et en chirurgie les séries heureuses ne sont pas la norme.

Symphyséotomie. De février 1892 à janvier 1899 *cent* symphyséotomies ont été pratiquées à la *Clinique de Baudelocque* avec les résultats suivants : femmes guéries 88 ; mortes 12 — enfants vivants et bien portants 87.

22 de ces femmes sont redevenues enceintes : 16 ont eu des accouchements spontanés et 6 ont été symphyséotomisées pour la deuxième et même pour la troisième fois.

Nous acceptons les chiffres de Pinard comme l'expression vraie de la gravité de l'opération qu'il est parvenu à réacclimater en son pays d'origine. Ils concordent remarquablement avec ceux de Morisani : 241 observations qui, à les prendre en bloc, donnent une mortalité maternelle de 11.6 p. c. ; de M. V. Cocq : 170 cas, mortalité = 10 p. c. ; et du dr Rubinrot (faits de 1886, 87 et 88) 136 cas, mortalité = 11.03 p. c.

Craniotomie. De 1882 à 1899, dans le service de Pinard, on a pratiqué 81 craniotomies : 72 femmes sont guéries ; 9 sont mortes = 11.1 p. c.

Accouchement prématuré artificiel. La provocation du travail à une période où l'enfant est viable et où ses dimensions ne l'emportent pas encore sur celles du bassin, suppose, dit Pinard, la connaissance préalable exacte : 1° de l'âge de la grossesse ; 2° du degré de rétrécissement pelvien et des dimensions de la tête fœtale, ce qui est impossible (?) en clinique, comme le démontrent les statistiques les meil-

leures et où la mortalité fœtale dépasse 30 p. c. Si la mortalité maternelle ne dépasse pas 2 p. c., cela tient à ce que l'on intervient chez des femmes *toutes saines* au moment de l'intervention.

A l'heure actuelle, continue Pinard, en raison de tout ce que nous a appris l'expérience, en face d'une femme ne pouvant accoucher par suite d'un rétrécissement du bassin, l'enfant étant vivant, deux interventions seulement peuvent et doivent être discutées : l'agrandissement momentané du bassin et l'opération césarienne.

Dans les rétrécissements extrêmes l'accord est unanime, il faut pratiquer l'opération césarienne. Mais dans les cas, de loin les plus nombreux, où la viciation n'est pas extrême et où le diamètre pratiquable est au dessus de 65 millimètres, est-ce à la section des pubis ou à la section césarienne qu'il faut se résoudre? Tout en reconnaissant certains avantages à la césarienne, c'est en faveur de la symphyséotomie que le professeur de Paris se prononce, sans hésitation.

II.

Nous groupons, pour les rendre plus saisissants, en un même tableau, les chiffres posés par Pinard comme bases de ses déductions.

Mortalité	*maternelle :*		*fœtale :*		*sur* 200 *vies :*
Opération césarienne :	7.2	+	13	=	20 morts ou 10 p. c.
Symphyséotomie :	12	+	13	=	25 » = 12.5 p. c.
Accouchem. prématuré :	2	+	30	=	32 » = 16 p. c.
Craniotomie :	11	+	100	=	111 » = 55.5 p. c.

De ces chiffres Pinard tire cet enseignement : « De la thérapeutique des viciations pelviennes doivent disparaître et l'accouchement prématuré et le forceps et la version et l'embryotomie sur l'enfant vivant. »

Toutes ces exclusions sont-elles légitimes?

Nous acceptons comme exacts les chiffres relatifs à la craniotomie et à la symphyséotomie, mais nous ne saurions admettre les autres ni, par conséquent, les conclusions tirées de prémisses dont nous allons faire toucher du doigt le mal fondé

Accouchement prématuré artificiel. Il est difficile à l'heure actuelle de se renseigner avec précision sur la valeur de cette ressource thérapeutique, vantée ou dénigrée à l'excès. Il n'est pas possible d'englober

dans une même statistique les résultats d'une opération qui se fait dans les conditions les plus disparates, par les procédés les plus divers, sur des femmes à des âges différents de la grossesse — et de tirer de l'assemblage de tous ces faits hétérogènes une conclusion générale légitime.

Lui attribuer 2 morts de femme sur 100 n'est-ce pas trop charger un plateau de la balance? Une sur 100 serait plus équitable — puisqu'au moment où l'on intervient « les femmes sont toutes saines » et que nous avons l'antisepsie. Mais nous n'insistons pas, nous avons une erreur plus importante à relever. Mettre au passif de l'accouchement prématuré « au moins 30 enfants » est une exagération manifeste pour les prématurés de 7 mois du moins : Tarnier (1) en sauvait 85.7 sur 100 = mortalité 15 p. c.... et non 30.

Opération césarienne. Les chiffres de Pinard n'expriment pas la gravité *vraie* de l'intervention, ni pour la mère ni pour l'enfant.

L'opération qui crée à l'enfant une voie plus large, plus courte, plus rapide que les voies naturelles, ne peut pas lui être funeste 13 fois sur 100 ! — Le danger d'asphyxie — et c'est le seul — ne commence qu'au moment où l'on entame la matrice et il ne dure que quelques secondes. En réalité on ne doit pas perdre *un seul* petit césar, si l'on s'y prend à temps. D'autre part, les séries heureuses de Léopold et de Zweifel sont des exceptions qu'on ne peut prendre pour la règle, et, à nous en rapporter à un grand nombre de chiffres, rencontrés un peu partout au cours de nos lectures, nous estimons que le bilan de l'opération césarienne peut se traduire le plus fidèlement ainsi : 22 femmes et 2 ou 3 enfants morts, sur 100. Ces rectifications nous amènent à opposer au tableau de Pinard cet autre tableau :

Mortalité	*maternelle :*	*fœtale :*	*globale :*
Accouchement prématuré	1 p. c.	15 p. c.	16 morts.
Symphyséotomie	12 p. c.	13 p. c.	25 »
Césarienne	22 p. c.	2 ou 3	25 »
Craniotomie	11 p. c.	100	111 »

La médecine n'est pas l'arithmétique..., mais, aux médecins comme aux mathématiciens, il suffit de mal poser un chiffre pour fausser la solution d'un calcul.

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1897, p. 211.

III.

1. Ce n'est pas nous qui protesterons contre la condamnation du fœticide : nous avons de tout temps combattu cette pratique brutale, et ,après l'avoir toujours repoussée au nom du droit naturel, de la morale et de la justice, il ne nous déplaît pas de la voir condamnée aussi par les statistiques. Sur 200 existences en jeu 111 sacrifiées! Une intervention qui aboutit à de tels résultats doit sans aucun doute être prohibée.

2. Où nous commençons à nous séparer de Pinard, si non totalement en partie du moins, c'est quand il rejette toute opération (forceps, version, etc.) impliquant une lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse. Ainsi exprimée la thèse nous paraît excessive. Il n'y a pas que les résistances osseuses insurmontables — contre lesquelles, évidemment, il serait absurde d'entamer la lutte — il en est de moyennes, et même de légères, dont on peut, sans témérité, essayer d'avoir raison.

Nous ne sommes pas pour la violence, *non vi;* nous sommes pour les procédés de douceur,... une douceur n'exclut pas l'énergie. Nous avons toujours enseigné que dans les rétrécissements pelviens la tête pouvait se réduire beaucoup plus, et surtout beaucoup mieux, par la version que par le forceps et nous avons démontré que le forceps classique est un instrument de *réduction détestable*, que le bassin, agissant comme un coulant, transforme en céphalotribe. Malgré cela, dans les cas où la tête ne doit fléchir que de quelques millimètres, nous préférons les quelques ecchymoses laissées par le forceps sur la tête de l'enfant et dans le vagin, aux plaies et aux vastes décollements des meilleures symphyséotomies. Il est arrivé à tous les accoucheurs d'amener vivants, sans offenses sérieuses pour la mère, des enfants sur lesquels il a fallu tirer fort : on leur persuadera difficilement qu'ils auraient mieux fait de fendre le bassin ou le ventre.

En clinique, on ne sait pas toujours, si l'enfant peut passer ou non, cela dépend quelquefois de si peu ! Une application de forceps permet de *tâter le terrain* et peut dispenser de recourir aux moyens extrêmes. Nous ne condamnons que les efforts dangereux ou excessifs — et l'obstination dans une lutte tout à fait disproportionnée.

3. La répulsion professée de nos jours par certains accoucheurs contre la provocation du travail avant terme est sans doute le contre-coup de leurs engouements pour les hardiesses de la grande chirurgie.

N'est-il donc plus vrai que « il faut plus de science pour prévenir que pour faire une opération » — et que la rendre inutile vaut mieux que la réussir brillamment? Nous ne comprenons pas qu'on veuille n'avoir pour la femme contrefaite que cette dure parole : pour vous sans mutilations pas d'enfant vivant!

Une femme enceinte, affligée d'un bassin de 7 centimètres nous appelle à son secours : quelle est devant la statistique la situation de cette femme et de son enfant? Nous avons vu que ses chances de mort sont : par l'accouchement prématuré 2 p. c.; par la symphyséotomie à terme 12 p. c. — et les risques de l'enfant : 15 p. c. dans le premier cas; 13 p. c. dans le second.

Et c'est à l'accouchement prématuré qu'il faudrait renoncer! Parce que l'enfant court 15 chances de mort au lieu de 13, on en imposerait à la mère 12 au lieu de 2!

Est-ce admissible? est-ce raisonnable? La devise des accoucheurs était hier : tout pour la mère! On a retourné l'écriteau; aujourd'hui c'est : tout pour l'enfant! La vérité et la justice seront pour demain, quand il sera enfin reconnu que droits de la mère et droits de l'enfant sont des droits équivalents.

Les mauvaises chances de l'enfant étant, à si peu de choses près, égales dans les deux hypothèses, quelle femme sensée, pouvant se tirer d'affaire au prix d'un accouchement quasi physiologique, sans dangers, consentira à courir l'aventure de la grande mutilation? Quel médecin peut y pousser sa femme ou sa fille ou une cliente quelconque?

4. Nous avons vu que, dans les rétrécissements pelviens moyens, Pinard se prononce sans hésitation pour la symphyséotomie contre l'opération césarienne. En saine logique il n'en a pas le droit : ses chiffres renseignent 13 p. c. d'enfants morts d'un côté, et 13 p. c. de l'autre, et il préfère à l'intervention qui sera funeste à 7 femmes seulement, celle qui en fera perdre 12! Et, chose plus inattendue encore, Zweifel est du même avis, Zweifel qui a fait 51 césariennes et sauvé 50 femmes et, très vraisemblablement aussi, 50 enfants!

Bien que Pinard se trouve ici manifestement en dehors de la logique, nous ne combattrons pas sa conclusion — parce qu'il lui est arrivé, en raisonnant faux, de tomber juste. Malgré toutes les statistiques, ouvrir une matrice gravide sera toujours une opération plus dangereuse que fendre les os du bassin. Rappelons encore une fois qu'on ne peut pas juger l'opération césarienne uniquement sur le succès de quelques maîtres exceptionnellement habiles et heureux — il n'y a pas que Léopold et Zweifel ! — et qu'en réalité le bilan de la section césarienne doit s'exprimer ainsi : 22 femmes mortes et 2 ou 3 enfants sur 100. Comparons maintenant :

La symphyséotomie donne : morts 25 : 12 femmes + 13 enfants.
La césarienne » : morts 25 : 22 femmes + 2 ou 3 enf.

Le nombre des morts est égal de part et d'autre, mais, si l'enfant a 10 bonnes raisons de tenir à la césarienne, la mère en a 10 aussi — tout aussi bonnes — de préférer la symphyséotomie. A-t-elle le droit de faire prévaloir son intérêt? C'est à elle d'en décider en dernier ressort.

IV.

En résumé voici, selon nous, quelles sont les indications des viciations pelviennes.

A. AVANT TERME. 1° Bassins de 50, 60, 65 millim. Nous conseillons la provocation du travail à 7 1/2 ou 8 mois, combinée avec la symphyséotomie. Cette combinaison vaut mieux : *pour l'enfant* que la ressource précaire d'une naissance à 6 ou 6 1/2 mois; *pour la mère* que l'embryotomie ou la césarienne à terme.

2° Bassins de 6 1/2 à 7 centim. Nous conseillons d'attendre le terme et alors d'élargir le bassin, sans laisser ignorer à la principale intéressée que l'accouchement prématuré peut lui donner un enfant vivant. A elle de décider si, pour augmenter les chances de vie de l'enfant, elle consent à en perdre elle-même quelques-unes par la symphyséotomie.

3° Bassins de 7 cent. et au-dessus. Nous conseillons l'accouchement prématuré : l'enfant courra d'autant moins de risques qu'on peut le faire naître plus tard, et la mère aura moins à souffrir d'un accouchement presque physiologique que d'une opération sanglante.

B. A TERME. *Enfant vivant.* 4° Au dessous de 65 millimètres : l'opération césarienne s'impose.

5. De 6 1/2 à 7 1/2 cent. il n'y a pas à hésiter : l'enfant ne passera pas vivant et, pour le sauver, la mère doit préférer qu'on lui ouvre le bassin que le ventre. Nous estimons qu'il ne faut pas gâter le cas et meurtrir la mère par des essais de forceps qui ne sont en réalité que de la céphalotripsie très peu déguisée.

6. A 7 1/2 centimètres se pose la question de la version, du forceps, du levier et des tractions mécaniques.

7. A 8 cent. et, *a fortiori*, à 8 1/2 et à 9, nous pratiquons la version : elle ne compromet pas plus l'enfant que la symphyséotomie et laisse la mère intacte. Nous ne fendrions le pubis que dans les cas où, la tête se trouvant déjà un peu engagée, l'extraction au forceps nous apparaîtrait comme trop périlleuse.

Dans les présentations du siège après l'issue du tronc, si l'on n'obtient pas la tête tout de suite, l'enfant meurt ; la symphyséotomie arriverait trop tard et c'est la transforation qui délivrera la mère avec le minimum de meurtrissures.

8. Dans la barrure et le bassin cyphotique, avec ou sans enclavement, mieux vaut sectionner le pubis que vouloir extraire l'enfant *per fas et nefas*.

9. Une présentation irréductible du front et certains enclavements peuvent réclamer une symphyséotomie même dans un bassin normal.

10. *Enfant mort*. L'embryotomie s'impose toutes les fois qu'elle est praticable.

EUGÈNE HUBERT.

L'ALIMENTATION DES GENS BIEN PORTANTS ET DES MALADES.

(*Suite et fin*. Voir le n° précédent).

III. *Régimes alimentaires*.

Les principes généraux de la physiologie de la nutrition nous conduisent naturellement à l'étude des rations et régimes alimentaires.

La plupart des physiologistes, Voit de Munich à leur tête, ont fondé leurs recherches à ce sujet sur le *dosage comparé* des quantités d'eau et de CO_2 exhalées et de l'urée excrétée d'une part, et l'analyse

des résidus de la digestion d'autre part. Il va de soi qu'ils ont expérimenté sur les repas les plus variés et dans les circonstances les plus diverses. Ils sont arrivés de la sorte à une moyenne assez constante pour les aliments que notre organisme utilise journellement.

Rubner de Berlin a pris pour base de ses calculs les *calories* que dégagent les combustions des substances au sein de nos organes.

Quelles que soient les méthodes employées par les physiologistes, les résultats ne varient que dans des limites étroites.

Les quantités diffèrent suivant que l'on veut maintenir l'état actuel de la nutrition, ou bien déterminer le dépôt de substances albuminoïdes ou de graisse, ou encore provoquer le départ de graisse, ou enfin satisfaire à tous les besoins de la croissance. Ce dernier point fait l'objet de l'alimentation des enfants ; nous n'en parlerons pas ici.

A. Maintien de l'équilibre de nutrition (ration d'entretien).

D'après Voit un adulte doit ingérer journellement pour le maintien de son état de nutrition, c'est-à-dire pour la complète réparation des usures et la production de toute la chaleur et du travail nécessaire, une moyenne de ;

105 gr. d'albumine résorbable, 56 gr. de graisse, 500 gr. d'hydrates de carbone ;

ou bien 105 gr. d'albumine, 100 gr. de graisse et 400 gr. d'hydrates de carbone.

D'après Rubner il se produit en 24 heures dans l'homme adulte des combustions de substances répondant

a) à l'état de repos,	à 32,9 cal.	par kilo.
b) au cours d'une promenade ou durant un travail léger,	à 35,0 —	
c) par suite d'un travail corporel modéré,	à 48,0 —	
d) à l'état de maladie, au lit	à 20,0 —	

C'est dire que l'homme, dans ces diverses circonstances, s'il veut conserver son poids, doit prendre une alimentation capable de remplacer les calories dégagées.

Ainsi un homme de 65 kilogr., qui se livre à un travail modéré, a besoin d'une alimentation qui réponde à l'équivalent — chaleur de $65 \times 48 = 3120$ calories.

Rappelons que le remplacement des aliments, les uns par les autres, d'après leur équivalent — chaleur est permis, avec la restriction toutefois que dans la nourriture de 24 heures, 400 calories environ soient représentées par 80 à 100 grammes d'albumine *indispensable* (albumine d'entretien). Pour le reste sont « *isodynamiques* » : 100 gr. de graisse = 211 gr. d'albumine = 232 gr. de fécule = 234 gr. de sucre de canne = 256 gr. de sucre de raisin.

Voici du reste un tableau indiquant le *nombre de calories fournies par les principales substances alimentaires :*

100 grammes de viande maigre	100 cal.
» poisson	70 —
1 œuf	80 —
1 jaune d'œuf	60 —
100 gr. lait	65 —
» beurre	770 —
» pain noir	220 —
» pain blanc	210 —
» riz	330 —
» farine	330 —
» petits pois	310 —
» pommes de terre	90 —

Les combustions organiques subissent toutefois l'influence de circonstances diverses : la taille, l'individualité, le travail musculaire, l'âge, le sexe, la gestation et la lactation ; ainsi, l'apport de graisse et d'hydrates de carbone n'élève pas la quantité de lait ; ce résultat est obtenu avec une alimentation riche en albumines.

Enfin, la *température* et le *climat* ont également une grande influence sur la quantité de nourriture qu'on doit prendre. Pour ce qui est des climats chauds, la suralimentation est contreindiquée. La quantité d'albumine ne peut pas descendre en dessous de la limite, mais la graisse sera tenue à sa limite inférieure (40 gr.) et les hydrates de carbone à 3-400 gr.

Le tableau suivant résume les *oscillations principales dans la ration d'entretien :*

	Calories.	Albumine utilisable.	Graisse.	Hydrates de carbone.
Homme solide, au repos	2400	105 gr.	50 gr.	400—500 gr.
Homme faible, au repos	1800	75 »	40 »	300—400 »
Homme faible, travaillant	2400	75 »	60 »	400—500 »
Vieille femme, au repos.	1600	60 »	30 »	250 »
Homme solide, travaillant	3000	122 »	75—100 gr.	400—500 »
Homme solide, travaillant fortement.	4800	133 »	100—150 »	500—600 »
Femme à l'époque de l'allaitement.	3300	130 »	100 »	450 »
Ration moyenne pour l'été et les pays chauds . .		105 »	40 »	300—400 »
Ration moyenne pour l'hiver et les climats froids		110—125 gr.	75—150 »	450—500 »
Homme malade au lit .	1300 à 2000	90—100 »	peu	300—400 »

B. Fixation d'albumine (chair) chez l'adulte.

La fixation de chair est nécessaire entre autres chez les convalescents: en effet dans le cours des maladies, particulièrement des maladies fébriles, il s'est produit des pertes abondantes d'azote, de sels, notamment de sels potassiques, et il importe de les réparer. D'abord pour ce qui regarde l'*alimentation durant le cours de la maladie* il n'y a pas à craindre comme on le croyait naguère de « nourrir la fièvre ». On sait en effet que les échanges nutritifs peuvent être considérables sans que pour cela la température s'élève. L'apport d'aliments n'est donc nullement contreindiqué. Ce n'est que dans les cas d'appauvrissement des sucs digestifs ou dans les maladies qui entraînent une sensibilité trop grande du canal digestif qu'il faut apporter quelques réserves pour le choix et la quantité des aliments. C'est ainsi qu'on ne doit permettre aux typhiques que des aliments liquides et de résorption facile, comme le lait; ils doivent en tous cas être répartis sur un grand nombre de repas. Depuis qu'il est entré dans les mœurs médicales de laisser les malades fébriles réparer les usures de leurs organes par une alimentation appropriée, il ne nous est plus donné d'assister à l'horrible spectacle d'inanition extrême avec son cortège

interminable de misères qui jadis succédait infailliblement à la fièvre typhoïde.

A part quelques restrictions, ne craignons pas de nourrir nos malades pour qu'ils ne s'appauvrissent pas trop en graisse et en albumine.

Comme nous l'avons dit, les hydrates de carbone sont indiqués en toute première ligne. Ces substances, mieux que toute autre, limitent les usures azotées et épargnent les dépôts de graisse. On ne doit permettre les graisses elles mêmes qu'avec prudence, parce qu'elles sont d'ordinaire mal supportées. Enfin on donne les albumines en petite quantité et sous une forme facile à digérer *(sans choisir pour cela les peptones). Pendant la convalescence*, aussi longtemps qu'on ne peut pas prescrire une ration complète, on donne pour les motifs que nous venons de citer la première place aux hydrates de carbone. Ce n'est que plus tard, quand l'alimentation répond déjà pleinement à tous les besoins de l'organisme, qu'il convient de porter l'albumine au dessus du nécessaire, ce n'est qu'alors qu'une partie peut s'en déposer, se fixer sur les tissus. Pendant la convalescence comme au cours de la maladie, on doit ménager la graisse parce qu'elle provoque souvent le dégoût. Les légumes, qui apportent la plus grande proportion des hydrates de carbone, remplacent également les sels potassiques éliminés en excès pendant la fièvre. Nous avons déjà mentionné le régime destiné à apporter l'albumine dans les cas où elle se trouve appauvrie à la suite d'une nourriture insuffisante ou irrationnelle. L'albumine doit être donnée largement dans ces cas. En fait de graisse on n'accordera que tout juste ce qui peut être facilement brûlé à l'état de repos; les hydrates de carbone aussi ne sont donnés qu'avec modération (130-150 gr. d'albumine, 50 gr. de graisse, 300 à 350 gr. d'hydrates de carbone). Pour compléter le volume de la ration et pour lester en quelque sorte l'estomac, on doit ajouter des légumes et des fruits riches en cellulose. Un point important, ce sont les mouvements musculaires systématiques destinés à brûler l'excès de la graisse du corps; enfin, l'usage des boissons est à limiter le plus possible au moins pendant les repas.

L'insuffisance des sucs digestifs, chez les individus pauvres en albumine, nécessite souvent l'usage d'aliments de facile digestion, et éventuellement l'addition d'acide chlorhydrique ou de pepsine.

C. Fixation de graisse.

On se trouve rarement dans l'occasion de devoir favoriser les dépôts de graisse; ceux-ci, en effet, empêchent bien souvent le corps de développer toute son énergie et aboutissent fréquemment à un état pathologique. L'obésité se produit bien souvent par suite d'une alimentation irrationnelle ou d'un genre de vie anormal. Si nous parlons ici des circonstances qui favorisent cet état, c'est afin de pouvoir à l'occasion les éviter plus facilement.

En général l'engraissement intensif réussit par un régime bien azoté et un apport considérable de graisse et d'hydrates de carbone avec le repos le plus complet. (120 gr. d'albumime, 100 gr. de graisse, 500 gr. d'hydrates de carbone).

D. Perte de graisse.

Outre l'emploi de certains médicaments, comme les laxatifs, on a préconisé divers régimes :

a) Exercices corporels forcés sans augmentation de la quantité d'aliments (nous brûlons dans ce cas plus de graisse que nous n'en prenons par l'alimentation).

b) Privation presque complète de graisse et d'hydrates de carbone et alimentation presque exclusive au moyen d'albumine *(cure de Banting)*.

Ce procédé entraîne de nombreux inconvénients : sensation pénible de faim, troubles digestifs, et surtout, à cause du défaut d'aliments d'épargne, une usure azotée trop considérable.

c) *Méthode d'Ebstein ;* elle ne diffère de la précédente que parce qu'on permet, outre l'usage modéré d'albumine, l'emploi de grandes quantités de graisse. La graisse n'a d'autre but que d'empêcher la sensation de faim de se faire sentir trop péniblement.

Cette méthode paraît en opposition avec les expériences fondamentales citées plus haut; seulement remarquons que la partie de graisse *qui est résorbée* plus l'albumine donnée, sont incapables de fournir les 3000 calories. Or, comme on ne donne pas d'hydrates de carbone, la graisse du corps doit intervenir pour compléter le nombre de calories.

Cette cure est bonne à condition que la graisse soit bien supportée et résorbée en quantité suffisante pour réduire les usures azotées, car on doit à tout prix éviter de dépouiller les obèses d'un élément de l'importance de l'albumine.

d) Dans la plupart des cas on peut prescrire un régime qui a été recommandé en principe par Voit, Oertel et Schwenninger, et qui consiste à grands traits dans ce qui suit : nourriture très azotée, ration normale de graisse, réduction des hydrates de carbone et suppression des boissons, surtout pendant les repas; outre cela, faire beaucoup d'exercices musculaires.

Afin de prévenir les sensations pénibles de la faim, on recommande de répartir les aliments sur un grand nombre de petits repas. L'usage de fruits et de légumes tendres est à conseiller comme remplissage. On augmente peu à peu les hydrates de carbone pour éviter l'appauvrissement d'albumine. En somme on ne peut pas prescrire de règle absolue pour le traitement de l'obésité : on tâchera d'étudier chaque cas en particulier et on ne perdra pas de vue les principes généraux de la nutrition.

IV. *Composition d'une nourriture rationnelle.*

Nous avons à notre disposition des aliments provenant du règne animal et du règne végétal.

En voici la *composition chimique* (d'après Liebig).

ALIMENTS D'ORIGINE ANIMALE.

	Eau p. c.	Albumine (6,25×N) p. c.	Graisse p. c.	Hydrate de carbone et mat^es extractives p. c.	Cendres p. c.
Lait de femme	89 2	2 1	3 4	5 0	0 2
Lait de vache	87 5	3 4	3 6	4 8	0 7
Lait de chèvre	86 91	3 69	4 09	4 45	0 86
Lait de jument	90 71	1 99	2 05	5 70	0 37
Lait d'ânesse.	90 04	2 01	1 39	6 25	0 31
Beurre.	14 14	0 68	83 11	0 70	1 19
Fromage (crême)	35 75	27 16	30 43	2 53	4 13

Fromage (demi-crême) . .	46 82	27 12	20 54	1 97	3 05
» (maigre)	48 02	32 65	8 41	6 80	4 12
Lait de vache écrêmé . . .	90 63	3 06	0 79	4 77	0 75
Viande de bœuf, moyent gras	72 25	21 39	5 19	—	1 17
Viande de veau, maigre . .	78 82	19 86	0 82	—	1 33
Viande de porc, grasse . .	47 40	14 54	37 34	—	0 72
Jambon fumé	27 98	23 97	36 48	1 50	10 07
Saucissons de foie	48 70	15 93	26 33	6 38	2 66
Harengs frais	80 71	10 11	7 11	—	2 07
» salés	46 23	18 90	16 89	1 57	16 41
Eglefin	80 92	17 09	0 35	—	1 64
Viande salée.	69 49	21 12	8 51	—	1 24

ALIMENTS D'ORIGINE VÉGÉTALE.

	Eau p. c.	Albumine (6,25×N) p. c.	Graisse p. c.	Sucre p. c.	Autres subst. extractives ternaires p. c.	Cellulose p. c.	Cendres p. c.
Froment.	13 56	12 42	1 70	1 44	66 45	2 66	1 77
Seigle.	15 26	11 43	1 71	0 96	66 86	2 01	1 77
Fleur de froment . . .	14 86	8 91	1 11	2 32	71 86	0 33	0 61
Farine de seigle . . .	14 23	10 97	1 95	3 88	65 86	1 62	1 48
Farine d'orge	15 06	11 75	1 71	3 10	67 80	0 11	0 47
Pain de froment, fin . .	38 15	6 82	0 77	2 37	40 97	0 38	1 18
Pain de seigle, frais . .	44 02	6 02	0 48	2 54	45 33	0 30	1 31
Pumpernicles	43 42	7 69	1 51	3 25	41 87	0 94	1 42
Vermicelle	13 07	9 02	0 28	—	76 79	—	0 84
Riz (décortiqué)	13 23	7 81	0 69	—	76 40	0 78	1 09
Fèves.	13 60	23 12	2 28	—	53 63	3 84	3 53
Petits pois	14 31	24 81	1 85	—	54 78	3 85	2 47
Champignons	12 81	36 12	1 72	—	37 26	6 71	6 38
Pommes de terre . . .	75 77	1 79	0 16	—	20 56	0 75	0 97
Carottes	87 05	1 04	0 21	6 74	2 66	1 40	0 90
Choux rouges	90 06	1 83	0 19	1 74	4 12	1 29	0 77
Concombres	95 60	1 02	0 09	0 95	1 33	0 62	0 39
Pommes.	83 58	0 39	—	7 73	6 01	1 98	0 31
Raisins	78 17	0 59	—	14 36	2 75	3 60	0 53
Noix	4 68	16 37	62 68	—	7 89	6 17	2 03

Il fut un temps où, grâce aux travaux de Liebig, on s'en tenait uniquement aux résultats de l'analyse chimique pour juger de la valeur nutritive des aliments. Cependant notre tube digestif est loin de se comporter comme le creuset du laboratoire ; s'il faut tenir compte

de la composition chimique des aliments il faut avant tout noter leur résorbabilité.

UTILISABILITÉ OU RÉSORBABILITÉ DES ALIMENTS.

	D'après les nombreuses expériences de Rubner, ne sont pas résorbés :		
	de la substance desséchée	de l'albumine	des hydrates de carbone
Viande	5 3 p. c.	2 6 p. c.	—
Œufs	5 2 »	2 6 »	—
Lait	8 8 »	7 1 »	—
Petits pois	9 1 »	17 5 »	3 6 p. c.
Macaroni	5 7 »	11 2 »	2 3 »
Pain extra blanc	4 0 »	20 0 »	1 1 »
Pain blanc ordinaire	6 7 »	24 6 »	2 6 »
Pain intégral	12 2 »	30 5 »	7 4 »
Riz	4 1 »	20 4 »	0 9 »
Carottes	20 7 »	39 0 »	18 2 »
Pommes de terre	9 4 »	32 2 »	7 6 »

De l'examen comparé des tableaux précédents nous voyons que les *albumines* et les *graisses* se trouvent surtout dans les aliments d'origine animale; les *hydrates de carbone* au contraire, pour ainsi dire exclusivement dans les végétaux : il n'y a guère d'exception que pour le lait et ses dérivés. Il en résulte qu'à cause de nos besoins en hydrates de carbone nous devons prendre de grandes quantités de végétaux. Nous absorbons par le fait même un peu de graisse et assez bien d'albumine : la question se réduit dès lors à savoir où nous devons chercher le complément de graisse et d'albumine. Mais fixons nos idées par des chiffres. Supposons la ration d'entretien d'un ouvrier qui se livre à un travail modéré (105 gr. d'albumine utilisable, 50 gr. de graisse, 500 gr. d'hydrates de carbone).

Les 500 gr. d'hydrates de carbone sont contenus :	dans	1100 gr.	de pain
	ou dans	650 »	riz
	»	2500 »	pommes de terre
	»	900 »	graines de légumineuses
	»	15000 »	choux

La grande partie des hydrates de carbone est fournie d'ordinaire par

le pain, notamment par des quantités qui varient entre 500 gr. et 750 gr. Dans 750 gr. de pain il y a 350 gr. d'hydrates de carbone.

Les 150 gr. d'hydrates de carbone qui restent à fournir sont contenus dans :	200 gr. de riz ou 750 gr. de pommes de terre ou 270 gr. de légumineuses

Combien d'albumine avons-nous pris avec ces végétaux ?

Dans 750 gr. de pain il y a	45 gr	d'albumine brute,	c.-à-d.	31,5 gr.	d'albumine	utilis.
Dans 200 gr. de riz il y a	15 gr.	»	»	10 gr.	»	»
Dans 750 gr. de p. de terre	13 gr.	»	»	9 gr.	»	»
Dans 270 gr. légumineuses	65 gr.	»	»	45 gr.	»	»

Nous arrivons donc avec les 750 gr. de pain et un des 3 aliments précédents respectivement à 41,5, 40,5 ou 76,5 gr. d'albumine utilisable.

Il semblerait à première vue que les légumineuses constituent une source précieuse d'albumine, à laquelle nous pouvons puiser sans mesure. Il n'en est rien : à cause de la grande masse qu'elles forment après leur préparation, (900 gr. sous forme de purée, 2500 gr. sous forme de soupe) on ne peut y recouvrir qu'avec modération ; en outre elles ne peuvent pas entrer tous les jours dans la composition des repas parce qu'elles surchargent les organes digestifs. Avec ces restrictions nous pouvons admettre que le règne végétal est capable de nous fournir une moyenne de 40 à 60 gr. d'albumine. Pour ce qui est des 45 à 65 gr. d'albumine qui restent à fournir, on ne peut raisonnablement plus songer aux végétaux ; leur digestibilité s'abaisse à mesure que leur masse augmente. D'ailleurs l'excès d'hydrates de carbone qui en résulterait, marchant de pair avec la diminution d'albumine, est le régime tout indiqué pour amener cet état de dénutrition caractérisé par l'appauvrissement en albumine et la surcharge d'eau et de graisse ; il en a déjà été question. Il n'y a donc qu'un moyen rationnel, c'est de fournir les 60 gr. d'albumine qui manquent par une albumine de facile digestion, telle que nous l'offre le règne animal.

Or ces 60 gr. sont contenus dans environ 300 gr. de viande
ou 1500 cc. de lait
ou 10 œufs (500 gr.)
ou 250 gr. de fromage.

Il est hautement recommandable ici également d'associer diversement ces substances par exemple :

200 gr. de viande avec un demi-litre de lait
ou 200 gr. de viande avec 3 œufs, etc.

Quant aux 50 gr. de graisse, ils ne sont généralement pas contenus dans les aliments précédents, à moins de faire usage de lait, de fromages de crême ou de viande grasse. Il est facile de suppléer à ce qui manque sous ce rapport à l'aide de beurre, de graisse fondue ou de lard.

Avec les données scientifiques qui précèdent, nous devons condamner le *végétarisme* comme irrationnel et absurde. Le régime carné exclusif ou prédominant, qui grâce à l'influence du grand chimiste Liebig, a eu une grande vogue jusque dans ces dernières années, pèche par un excès opposé.

Mais il ne suffit pas que notre nourriture journalière renferme les éléments nécessaires et ne laisse pas trop de résidus; elle doit exciter suffisamment le goût et cela d'une façon variée, elle doit être de digestion facile et dans ce but avoir subi éventuellement une préparation spéciale. Par suite de cette préparation ou de sa conservation, elle ne peut pas contenir des substances nuisibles, telles que parasites, microbes, poisons métalliques ou autres; enfin, outre qu'elle doit constituer une masse suffisante et non excessive, elle ne peut pas être avalée ni trop froide ni trop chaude.

Nous croyons inutile de nous attarder sur ces exigences primordiales de l'hygiène et nous finissons par quelques considérations d'ordre social sur l'alimentation de l'ouvrier.

V. *L'alimentation au point de vue de l'économie sociale.*

Comme la question du prix des aliments joue un rôle important dans l'alimentation, nous commençons par quelques détails à ce sujet.

PRIX DES MARCHÉS ET VALEUR COMME ALIMENTS

DES PRINCIPALES SUBSTANCES COMESTIBLES

Pour un franc on reçoit en moyenne	Poids (grammes)	Aliments résorbables (en grammes)			Valeur comme aliments (centimes)	Unités de chaleur (calories)
		Albumine	Graisse	Hydrates de carbone		
Viande de bœuf .	666	136	33	3	48 7	1027
Viande de veau .	727	134	51	1	50 3	1197
Harengs . . .	1000	184	161	16	55 4	2531
Lait	6250	203	217	307	108 0	4409
Lait écrêmé . .	10000	296	70	475	129 7	4173
Fromage maigre.	1250	420	135	68	158 1	3783
Pain de seigle. .	4000	188	16	1890	158 8	8878
Pommes de terre	16666	221	23	3292	240 3	14874
Riz	1500	70	26	1167	84 0	5400
Pois	2500	457	41	1431	227 2	8640
Carottes . . .	50000	312	99	4320	330 8	20301

Dans l'appréciation des rations, il faut encore tenir compte des *déchets des aliments bruts*, que l'on peut ainsi évaluer :

Viande de bœuf Viande de mouton Viande de veau Viande de porc Poisson	en moyenne	10 à 20 p. c.
Pommes de terre		20 à 25 p. c.
Choux Carottes et autres légumes		davantage encore.

Il est plus rationnel de comparer sous le rapport du prix les substances alimentaires qui ont les mêmes fonctions : ainsi, les substances alimentaires entre elles en tant que véhicules des hydrates de carbone, les substances d'origine animale en tant que véhicules de l'albumine et de la graisse.

500 gr. d'hydrates de carbone sont contenus dans :	et cet aliment coûte :
650 grammes de riz.	31 centimes
1100 » pain	23,7 »
3340 » pommes de terre = 2500 gr. pelées .	16 »
900 » petits pois	19 »
15000 » choux	75 »

60 gr. d'albumine résorbable sont contenus dans :	Ces aliments reviennent à centimes :	Ces aliments contiennent outre l'albumine :
380 gr. viande (80 gr. déchets).	49	—
500 » œufs	40	60 gr. graisse
1500 » lait	22 5	60 » » 60 gr. hydr. de carb.
550 » tripes	44	66 » » —
500 » églefin (150 gr. déchets).	25	—
800 » hareng frais (200 gr. déc.)	16	42 » » —
450 » hareng salé (139 gr. déc.)	20	54 » » —
1500 » lait écrémé.	10 5	7 » » 60 gr. hydr. de carb.
300 » fromage maigre . . .	10	16 » » —
1050 » riz	50	— 800 gr. hydr. de carb.
1300 » pain noir	28	— 580 » »
1200 » pain blanc	40	— 490 » »
6000 » pommes de terre. . .	30	— 900 » »
330 » pois	7	— 180 » »

La bonne nutrition des classes laborieuses est la condition fondamentale de la force physique qu'on exige d'elles et de la santé à laquelle elles ont droit. Aussi les patrons ont non seulement l'obligation, mais ils ont tout intérêt d'accéder à des revendications qui ont pour objet le pain quotidien de celui qui dépense son activité et bien souvent sa santé pour servir leurs intérêts. Mais il n'arrive malheureusement que trop souvent que, pour des considérations dans lesquelles nous ne pouvons pas entrer ici, cette exigence primordiale de l'hygiène de l'ouvrier ne peut être satisfaite. Nous devons donc chercher à fournir à l'ouvrier une nourriture saine et abondante au plus bas prix possible.

On a déjà beaucoup fait dans cette voie. Avant tout nous avons les *coopératives* qui ne contribuent pas pour une petite part à la réalisation de ce but. Dans quelques villes belges elles possèdent une organisation qui excite l'admiration de nos voisins. Une autre institution que nous ne saurions assez louer et assez favoriser ce sont les *écoles ménagères*. Nous avons vu fonctionner plusieurs de ces écoles dans la haute Silésie, un pays industriel comme le Hainaut, qui en possède également, mais combien rares, et à notre avis il n'y a rien qui puisse exercer une influence plus directe et plus féconde sur l'alimentation de l'ouvrier. Ces écoles sont construites et entretenues par les sociétés industrielles elles-mêmes. Les filles des ouvriers, les futures femmes

d'ouvriers, reçoivent là l'instruction nécessaire pour conduire et diriger un ménage bien ordonné. Il est évident qu'une femme ainsi éduquée saura mieux que toute autre, et avec relativement moins de frais, nourrir son mari, soi-même et ses enfants. On n'y enseigne pas seulement la cuisine, mais encore le prix des aliments, la quantité nécessaire aux ouvriers, la forme et la composition sous lesquelles on peut les donner à meilleur compte et de la façon la plus rationnelle, bref l'instruction de ces jeunes filles comprend pour une grande partie la mise en pratique des principes que nous venons de passer en revue. Les recettes suivantes prouvent d'ailleurs qu'on peut composer à très bon compte une alimentation substantielle. Pour peu que celle qui cuisine y mette un peu d'art on peut en tirer des plats savoureux.

Exemples de ration journalière d'entretien pour un ouvrier robuste s'adonnant à un travail d'intensité moyenne :

I.

	Poids	Albumine utilisable	Graisse	Hydrates de carbone	Prix
250 gr. viande de bœuf. .	200 gr.	42 gr.	11 gr.		35 cent.
Graisse (beurre, lard, etc.).	25 »		25 »		3 »
Pain	750 »	45 »	3 »	350 gr.	20 «
Riz	200 »	13 »	2 »	157 »	8 »
Lait	500 »	18 »	20 »	24 »	8 »
		118 gr.	61 gr.	531 gr.	74 cent.

II.

250 gr. églefin	200 gr.	42 gr.	1 gr.		25 cent.
Pommes de terre. . . .	600 »	13 »	1 »	126 gr.	4 »
Graisse	25 »		25 »		3 »
Pain	750 »	45 »	3 «	350 »	20 »
Lait	500 »	18 »	20 »	24 »	8 »
		118 gr.	50 gr.	500 gr.	60 cent.

III.

	Poids	Albumine digestible	Graisse	Hydrates de carbone	Prix
100 gr. viande de bœuf . .	80 gr.	17 gr.	4 gr.	—	15 cent.
Graisse	25 »	—	25 »	—	3 »
Pommes de terre. . . .	500 »	10 »	1 »	105 gr.	3 »
Pain	750 »	45 »	3 »	350 »	20 »
Lait	250 »	9 »	10 »	12 »	4 »
Fromage maigre	120 »	41 »	14 »	4 »	10 »
		122 gr.	57 gr.	471 gr.	55 cent.

IV.

Haricots	250 gr.	63 gr.	4 gr.	121 gr.	10 cent.
Graisse	25 »	—	25 »	—	3 »
Pain	750 »	45 »	3 »	350 »	20 »
Lait	500 »	18 »	20 »	24 »	8 »
		126 gr.	52 gr.	495 gr.	41 cent.

V.

Pain noir	600 gr.	25 gr.	3 gr.	290 gr.	13,2 cent.
Pommes de terre 1360 gr.	1000 »	13,5 »	—	200 »	7 »
Hareng salé 250 »	200 »	20 »	14 »	—	10 »
Saucisson	200 »	22 »	24 »	—	16 »
Fromage maigre	75 »	24 »	6 »	—	4 »
		104,5 gr.	47 gr.	490 gr.	50 2 cent.

Pour un homme qui s'adonne principalement au travail intellectuel, et qui a besoin d'une nourriture moins riche en hydrates de carbone, par contre plus riche en albumine et en graisse, le tout sous une forme facile à digérer, la recette suivante peut convenir.

VI.

	Poids	Albumines résorbables	Graisse	Hydrates de carbone	Prix
Pain blanc	300 gr.	17.0 gr.	4 gr.	135 gr.	10 cent.
Pommes de terre, 530 gr.	400 »	5.4 »	—	80 »	3 »
Riz dans « riz au lait »	100 »	5.8 »	—	76 »	5 »
Lait dans « riz au lait »	500 »	20.0 »	20 »	20 »	7.5 »
2 œufs, 110 gr.	100 »	12.5 »	12 »	—	8 »
Viande 317 gr.	250 »	50.0 »	—	—	43 »
Beurre	60 »	—	50 »	—	15 »
		110.7 gr.	86 gr.	311 gr.	99.5 cent.

Dans ces recettes ne sont pas compris les condiments, la graisse pour la préparation des mets, etc., les épices; à l'exception de la bière prise par grandes quantités, ces substances n'ont pas d'influence sur la composition de la nourriture, mais elles en élèvent les dépenses de 20 à 30 centimes.

Remarquons encore que, dans les recettes à partir de II, on a remplacé la viande qui est relativement chère par des substances albuminoïdes moins chères telles que du poisson, des légumineuses, du fromage maigre et ainsi de suite, et de fait, l'alimentation revient beaucoup

moins cher. D'ailleurs l'ouvrier peut à certains jours faire intervenir des légumineuses et satisfaire de cette façon à moins de frais aux exigences de son alimentation. Au surplus les chiffres précédents sont calculés pour un homme robuste, travaillant fortement. On peut donc abaisser le quantum d'albumine de 20 gr. et celui des hydrates de carbone de 50 gr. Somme toute le prix minimum de l'alimentation journalière d'un ouvrier, épices comprises, revient à environ 0,60 fr. Pour une famille composée du mari, de la femme et de 2 à 3 enfants, équivalant ensemble à 3 adultes, il faut donc compter une dépense journalière de 1.80 fr. Or, comme l'alimentation d'une famille ouvrière revient à environ 60 p. c. des dépenses totales, il n'y a qu'un salaire d'environ 3 francs, *dimanches et jours de chômage non exceptés* (l'ouvrier doit également manger ces jours-là), qui lui permette de se nourrir convenablement.

Nous extrayons à ce propos le tableau suivant d'une statistique de Berlin :

DÉPENSES ET REVENU ANNUELS.

	Famille d'ouvriers	Famille de moyenne bourgeoisie
Revenu annuel :	1280 Mark (1)	4388 Mark
Dépenses pour nourriture :	658 Mark	1663 Mark
Viande, œufs	21 4 p. c.	33 8 p. c.
Lait	9 2 »	8 6 »
Beurre, graisse	13 1 »	11 4 »
Pain	18 3 »	12 4 »
Légumes, pommes de terre	12 4 »	7 »
Sucre, café, thé	7 6 »	7 5 »
Boissons	9 9 »	10 5 »
Divers	8 1 »	8 8 »

(1) Le mark vaut 1 fr. 25 cent.

Nous avons peu de chose à ajouter au sujet de l'alimentation qui convient aux ouvriers et ouvrières célibataires. Ceux-ci ont avant tout besoin d'un copieux *repas du midi.*

Nous sommes ainsi amenés à dire un mot de la *répartition des aliments aux divers repas.*

D'après Flügge, chez l'ouvrier, le repas du midi comprend en

moyenne 40 à 50 p. c. de la ration journalière d'albumine, 30 p. c. des hydrates de carbone et 50 à 60 p. c. de la graisse.

Le repas du soir comprend environ 30 p. c. d'albumine, 30 p. c. des hydrates de carbone et 30 p. c. de la graisse.

Le reste des hydrates de carbone se répartit sous forme de pain dans plusieurs petits repas.

D'après Voit le repas du midi de l'ouvrier doit comprendre

60 grammes d'albumine,
35 » de graisse.
et 160 » d'hydrates de carbone.

Exemples :

I. Soupe aux petits pois, rôti de veau avec une salade de pommes de terre :

	Quantité	Albumine résorbable	Graisse	Hydrates de carbone	Prix
Petits pois	75 gr.	16 gr.	1 gr.	39 gr.	3 cent.
Graisse	20 »	—	19 »	—	3 »
200 gr. viande de veau . .	160 »	32 »	2 »	—	27 »
Pommes de terre pelées .	359 »	6 »	—	67 »	2 »
Huile.	12 »	—	12 »	—	1 »
Pain noir	120 »	7 »		59 »	3 »
		61 gr.	34 gr.	165 gr.	39 cent.

II. Soupe aux biscottes, viande de bœuf et légumes (pommes de terre et fèves).

	Quantités	Albumine résorbable	Graisse	Hydrates de carbone	Prix
Une biscotte	50 gr.	3 gr.	—	25 gr.	3 cent.
Graisse	5 »		5 gr.	—	1 »
200 gr. viande de bœuf. .	160 »	34 »	9 »	—	30 »
Fèves.	80 »	20 »	—	38 »	3 »
Farine	10 »	1 »	1 »	7 »	1 »
Pommes de terre pelées .	150 »	3 »	—	32 »	1 »
Graisse	20 »	—	20 »	—	3 »
Pain noir	80 »	9 »	—	39 »	2 »
		70 gr.	35 gr.	141 gr.	44 cent.

Le prix des deux dîners mentionnés dans les tableaux précédents ou exécutés d'après une recette analogue est, à cause de la viande qui y entre, relativement élevé.

Dans la plupart des grandes villes fonctionnent ce qu'on appelle les *fourneaux économiques ou les cuisines populaires*. Les aliments y sont généralement très bien préparés et vendus au prix de revient. Les ouvriers trouvent dans ces établissements une nourriture substantielle à très bon compte.

Repas du midi dans les cuisines populaires.

D'après les indications données ci-dessus, ces repas doivent comprendre en moyenne :

40-50 gr. d'albumine, 30 gr. de graisse, 160 gr. d'hydrates de carbone.

Dans les fourneaux économiques de Berlin, on donne par exemple au prix de 25 Pfennige (31 centimes).

a) Pois jaunes et pommes de terre 1000 gr.; lard 50 gr.; soit 55,5 gr. d'albumine, 41 gr. de graisse et 165 gr. d'hydrate de carbone.

b) Ris au lait 1000 gr.; viande étuvée 100 gr.; soit 38 gr. d'albumine, 18 gr. de graisse, 120 gr. d'hydrates de carbone.

c) Choux avec pommes de terre, 1000 gr.; viande de porc 100 gr.; soit 39 gr. d'albumine, 68 gr. de graisse, 163 gr. d'hydrates de carbone.

d) Haricots verts 1000 gr.; viande de porc grasse ou lard 60 gr.; soit 20 gr. d'albumine, 53 gr. de graisse et 133 gr. d'hydrates de carbone.

Le manque de graisse et d'albumine qui existe certains jours est compensé par un excès de ces substances à d'autres jours. En moyenne ces repas fournissent donc 35 gr. d'albumine, 20 gr. de graisse et 180 gr. d'hydrates de carbone, un peu trop de ces derniers, un peu trop peu des premières.

Dans quelques grands établissements industriels d'Allemagne, sont établis par les soins des propriétaires des espèces de restaurants où les ouvriers comme les contre-maîtres peuvent se procurer à des prix vraiment dérisoires, selon leur appétit ou leurs moyens, des dîners qui ne le cèdent en rien à ceux qu'on paie cinq fois plus cher dans les grands restaurants.

Les dépenses qu'entraînent les autres repas sont encore beaucoup réduites, parce que la viande coûteuse est supprimée ou remplacée par de la viande moins chère, comme des saucissons, ou par du fromage.

Nous ne devons pas sortir du pays pour rencontrer de ces institu-

tions : les *hôtelleries ouvrières* de nos centres industriels ne le cèdent en rien aux établissements similaires de l'étranger.

On a fondé en Angleterre les *cafés populaires* (public coffee houses). Ce sont des locaux très confortables, séparés pour hommes et femmes, où les ouvriers et des personnes peu favorisées de la fortune viennent prendre quelque nourriture ou quelque rafraîchissement (café, thé, cacao, chocolat, bouillon, etc).

Ces cafés populaires ont été introduits avec les mêmes heureux résultats dans de nombreuses villes du continent. On peut s'y procurer, outre les boissons citées, des repas simples mais bons et cela à peu de frais. Dans plusieurs on débite même une bière légère.

On ne saurait trop faire de vœux pour la vulgarisation de ces établissements, parce qu'ils constituent aussi une des barrières les plus efficaces contre l'alcoolisme progressant. L'ouvrier célibataire qui n'a pas de foyer, même l'ouvrier marié qui veut passer quelques moments de la soirée avec ses camarades, n'est plus forcé de fréquenter les cabarets où il doit prendre le poison qui détruit son énergie et sa santé. Ces cafés offrent en outre l'agréable séjour qu'on ne peut trouver dans les réduits misérables et malsains de la plupart des habitations ouvrières.

Nous nous permettons d'espérer, en terminant cette étude, que les médecins, qui peuvent contribuer si efficacement à la réalisation des grands problèmes sociaux, y trouveront des renseignements utiles, en vue du perfectionnement d'une des conditions matérielles les plus importantes pour l'humanité, pour la classe ouvrière principalement, celle de l'alimentation.

Dr H. VANDEVELDE,

VARIÉTÉS.

—

LA PESTE.

Historique de l'épidémie actuelle.

La peste, qu'avec trop de hâte on avait rangée parmi les affections éteintes, ou, du moins, ne présentant plus pour l'Europe qu'un intérêt historique, s'est réveillée dans la seconde moitié de ce siècle.

En 1878, l'Europe fut atteinte sur les rives occidentales de la mer Caspienne (épidémie de Wetlianka), mais, grâce à d'énergiques mesures, elle s'éteignit sur place et ne dépassa pas les frontières du district d'Astrakhan.

L'épidémie actuelle a pris naissance en 1894; où et comment? c'est ce que nous allons essayer d'élucider.

L'Europe ne fut jamais un foyer de peste; les épidémies qui y régnèrent disparurent toujours sans laisser de reliquats endémiques. On admettait assez communément que le point de départ du fléau était la Basse-Égypte, où les bourgades malsaines et humides du delta du Nil constituaient des milieux favorables à l'éclosion des miasmes pestilentiels. La disparition de ces foyers séculaires avait fait espérer l'extinction de la peste, lorsque de nouveaux centres furent signalés en Asie et en Afrique. Il existe actuellement, d'après Koch (1), quatre territoires où la peste est endémique et que l'on peut considérer comme le point de départ des épidémies de la fin de ce siècle. Ce sont :

A) La Mésopotamie. Les plaines qu'arrosent le Tigre et l'Euphrate sont souvent visitées par la peste qui y donne lieu à une série d'épidémies consécutives, se renouvelant presque tous les ans. Pour Tholozan, le véritable foyer de ces épidémies se trouverait dans la partie la plus élevée du bassin de l'Euphrate.

B) L'Inde et la Chine pourraient bien avoir une source de contamination commune. La Chine, en effet, est infectée par les hautes régions situées à l'ouest de la province de Yunnam; l'Inde, par les territoires de l'Himalaya et particulièrement par ceux qui se trouvent derrière ces massifs montagneux. Entre ces deux zônes s'étend le Thibet. Y existerait-il un foyer pesteux qui rayonnerait sur la Chine d'une part, par le Yunnam, sur l'Inde, d'autre part par l'Himalaya?

C) Un troisième foyer est situé au sud de La Mecque, sur la côte ouest de l'Arabie, dans les montagnes de l'Assyr. Ce district montagneux occupe le sud de l'Hedjaz, à 12 journées de marche de La Mecque. Les épidémies de l'Assyr sont toujours un motif d'inquiétude pour l'Europe; le voisinage de La Mecque fait redouter l'introduction de la peste dans cette ville et sa diffusion ultérieure par l'intermédiaire des pèlerins. Jusqu'ici ces craintes ne se sont pas réalisées; cela tient, sans doute, au peu de relations que les nomades habitants de l'Assyr ont avec la métropole musulmane.

D) Enfin le quatrième centre fut découvert par Koch, au cours de son voyage en Afrique. Il occupe l'Ouganda, au cœur du continent noir, et est situé dans les possessions anglaises entre les lacs Albert

(1) *Ueber die Verbreitung der Bubonenpest. Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1898, n° 28. V. aussi Netter. *La peste. Semaine médicale*, 1895, p. 69.

et Victoria. Il fut le point d'origine de quelques épidémies qui se propagèrent jusqu'à la côte nord de l'Afrique mais il n'offre encore aucun danger pour l'Europe. Il est à craindre que la création du chemin de fer reliant le lac Victoria à Monbasa, sur l'Océan Indien, ne lui donne une grande importance et n'en fasse dans l'avenir un foyer périlleux.

Netter signale de plus un foyer en Tripolitaine où la peste apparut en 1856 parmi les tribus arabes, non loin de Bengazi et perdura jusqu'en 1859; une nouvelle épidémie s'y manifesta en 1874. Il mentionne aussi un foyer en Perse, mais sur ce point il est contredit par Tholozan qui estime que les épidémies ravageant la Perse n'y prennent pas naissance et y sont importées d'Arménie et du Caucase. Seraient-elles une émanation du foyer de la Mésopotamie?

Depuis 1850, la peste existe sur les hauts plateaux du Yunnam (Chine), s'affirmant par des recrudescences marquées. De 1870 à 1872, elle sévit sur toute la province et y devint endémique. Il est probable que c'est là qu'il faut chercher l'origine de l'épidémie de Pakhoï et c'est de cette ville que partit la peste qui, longeant la mer de Chine, traversant Khiong-Tchen au nord de l'île d'Haïnan, atteignit en mars 1894 Canton où elle exerça de terribles ravages. D'après Netter, 180.000 habitants périrent dans le cours de l'année 1894.

De Canton, la peste s'étendit à l'île de Hong-Kong dont elle frappa surtout la capitale : Victoria. Des 163.000 habitants que compte cette ville, 150 000 sont Chinois et vivent dans les conditions les plus antihygiéniques (1); elle y fit 12.000 victimes. C'est au cours de cette épidémie que Kitasato et Yersin découvrirent le bacille spécifique. Elle parut prendre fin en juillet; en octobre 1894, cependant, des fugitifs de Hong-Kong transportaient la peste à Amoij où elle sévissait encore en 1896, y provoquant 15 à 20 décès par jour.

En janvier 1898, elle se réveillait à Hong-Kong et, à la date du 25 juin de cette année, 1145 personnes avaient succombé à ses atteintes. De même à Canton et à Chaoyang (près de Swatau), l'épidémie se ralluma avec violence; à la fin du mois de mai 1898, la mortalité quotidienne par peste à Canton s'éleva aux chiffres de 1000 et 1200. A Chaoyang, dans les derniers jours d'avril, on comptait depuis le début de l'épidémie 8500 décès. A cette époque, elle fit son apparition à Swatau où, à la mi-juin, on signalait 16 à 18 cas par jour; elle s'y éteignait fin août tandis qu'à Kityang, ville située à 45 kilomètres de Swatau, elle continuait ses ravages.

De la Chine, la peste gagna l'île Formose, l'Annam et les Indes.

(1) Aoyama. *Mittheilungen ueber die Pestepidemie im Jahre* 1894 *in Hong-Kong. Mittheil. der Kaiserlich. Japonischer Universität zu Tokio.* Bd. III, 1895, n° 2.

Elle sévit dans l'île japonaise de *Formose* pendant l'année 1897 jusqu'au mois de septembre; elle sembla alors disparaître; mais malheureusement ce répit fut de courte durée; en novembre, elle réapparut à Rokko et de là se propagea aux environs. Du 26 novembre 1897 au 12 avril 1898, on enregistra 1289 cas et 906 décès. En avril, le foyer principal se transporta à Tainan où, du 6 au 12 de ce mois, 223 personnes prirent la maladie.

En *Annam* (1), la peste éclata en juin 1898 y importée par des jonques chinoises qui, venant de Canton et de Hainam et se rendant à Singapore, descendent au commencement de l'année et font escale dans l'île de Bay-Mien. Le village de Culao est en relation avec ces jonques et c'est là que les premiers décès furent constatés en mars, précisément à l'époque où passent les jonques et où se produisait une forte recrudescence de l'épidémie chinoise. En dehors de Culao, la peste eut deux foyers successifs : le premier dans le petit village de pêcheurs de Xuong Huan, du 20 juin au 25 juillet, y frappant 19 personnes; le deuxième, dans les villages de Phuong-Can et Van Thanh, à proximité du premier et en rapports incessants avec lui; 54 cas y furent signalés. En novembre, l'épidémie était finie.

La peste des *Indes* prit naissance en 1896. Dès les premiers jours de septembre 1896, on constata à Bombay une grande augmentation de la mortalité dans les quartiers voisins du port et des docks où, quelques jours auparavant, était arrivé un navire chargé de marchandises et de provenance chinoise. Ces quartiers, mal entretenus, où le sol est boueux, couvert de déjections et d'eaux ménagères croupissantes, présentaient un terrain propice à la propagation des germes pesteux. Grâce à cela, grâce aussi au retard qu'on mit à prendre les mesures nécessaires, la peste s'étendit à d'autres parties de la ville et bientôt Bombay se trouva gravement contaminé. Les habitants, terrorisés, quittèrent en masse la ville et furent ainsi les actifs propagateurs du fléau. C'est de cette manière que, par voie maritime, il atteignit Kurrachee d'où il gagna la province de Sindh; que, par voie de terre, il arriva à Poonah, au sud; à Tanna, Bandora, Surat etc. au nord. Dès lors, toute la présidence de Bombay était infectée. A Madras, des cas de peste éclatent chez des Hindous venant de Poonah ; à Dehli, dans le Pendjab, la maladie frappe des émigrés de la présidence de Bombay; il en est de même à Cawnpore.

Kandabar, en *Afganisthan*, est contaminé, en décembre 1896 par des fuyards hindous.

Un rapport du gouverneur de Samarcande, en date du 8/20 octobre 1897, dénonce l'apparition de la peste dans une partie limitée d'une

(1) Rapport de Yersin, *in Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1899.

province du Turkestan voisine de l'Afganisthan et de l'Inde; d'énergiques mesures la localisèrent dans le territoire primitivement envahi (Anzob). Du début de l'épidémie jusqu'à novembre 1897, date de sa terminaison, sur une population de 357 habitants, le village d'Anzob en perdit 233.

C'est à l'Inde également que Tamatave (1), dans l'île de Madagascar, fut redevable de l'épidémie qui y éclata en 1898. Elle y fut constatée officiellement le 23 novembre 1898 mais à cette époque la mortalité était très élevée déjà chez les indigènes. Elle attaqua d'abord les personnes travaillant dans les magasins de riz récemment débarqué de navires venant des Indes. Du 24 novembre au 14 décembre, il y eut 114 cas et 73 décès; le 16 janvier 1899, le total des cas s'élevait à 278, dont 194 mortels. Le 3 février, l'épidémie était finie; elle avait atteint 296 personnes, dont 197 mortellement. Elle paraît renaître actuellement (septembre 1899); quelques cas, en effet, viennent d'être signalés.

De l'île de Madagascar, la peste passa à l'île Maurice; du 7 février au 3 mars, 5 cas mortels sur 7 étaient enregistrés; quelques cas isolés s'observaient encore en avril, mai et juin 1899. Puis ce fut au tour de l'île de la Réunion d'être atteinte.

Ce serait enfin un navire venant des Indes avec un chargement de chanvre et qui, après une courte escale à Londres, s'arrêta à Porto, qui apporta la peste en Portugal. Du 4 juin 1899, date de son début, au 20 septembre, on signalait 74 cas dont 31 eurent une issue fatale (2). Depuis lors, de nouveaux cas se sont montrés et l'épidémie ne paraît pas près de s'éteindre.

On peut suivre pour ainsi dire pas à pas les pérégrinations de la peste qui, endémique depuis de nombreuses années dans le Yunnam, gagne les côtes chinoises, de la Chine envahit l'Inde, Formose, le Turkestan, Madagascar, l'Annam pour aboutir finalement en Europe.

Ce fut dans les Indes qu'elle se montra surtout meurtrière et particulièrement à Bombay et à Poonah. Au début de l'épidémie, en 1896, Bombay comptait 821.764 habitants; le 26 janvier 1897, 7000 avaient déjà succombé à la peste; du 3 au 9 février s'enregistrent 751 nouveaux décès. Un grand nombre d'habitants quittent la ville dont la population se trouve bientôt réduite, de ce fait, à 300.000 âmes. Les rapports officiels renseignent pour la période du 17 au 23 février, 780 morts; en réalité il y en eut plus de 1200. La mortalité commença alors à diminuer; en mai, l'épidémie était en pleine décroissance, ne donnant plus lieu qu'à une centaine de décès par semaine. En août, elle reprit une nouvelle vigueur pour atteindre son maximum de gravité dans la

(1) *Journal officiel de Madagascar et dépendances*. 10 janvier 1899.
(2) Dr Forbes Costa, *La Semaine médicale*, 1899, p. 300.

dernière semaine de février 1898, pendant laquelle périrent 2000 personnes. Survint ensuite un nouveau mouvement de recul; en juillet le chiffre des décès s'abaissait à 40 par semaine; en août et septembre, une recrudescence se produit et, dans la première quinzaine d'octobre, la peste fait 200 victimes. La fin de l'année 1898 est marquée par un peu de répit; c'est ainsi que pendant les six semaines qui s'écoulèrent entre le 2 novembre et le 13 décembre, la mortalité hebdomadaire fut respectivement de 63, 59, 33, 43, 61 et 94 décès. L'accalmie ne fut pas longue; du 17 janvier au 28 février 1899 la mortalité hebdomadaire se releva singulièrement et durant cette période de six semaines, atteignit les chiffres de 456, 540, 588, 710, 792 et 945, soit, en tout : 2531 décès.

Du 22 mars au 11 avril, Bombay perd environ par semaine 1074, 892 et 654 habitants; du 20 mai au 10 juin, 141, 82 et 62 personnes succombèrent à la peste.

Fuyant la contagion et la mort, 60.000 citoyens de Bombay s'étaient refugiés à Poonah qui, naturellement, ne tarda pas à regretter l'hospitalité qu'elle leur avait accordée; la peste se manifesta d'abord chez les fugitifs puis les habitants payèrent à leur tour un lourd tribut au fléau. Elle prit naissance vers la mi-décembre 1896 et le 18 mars 1897, on déplorait la mort de 621 personnes sur un total de 810 cas; du 18 au 25 mars surviennent 294 nouveaux cas dont 184 suivis de mort. En mai et juin l'épidémie diminua d'intensité sans toutefois s'éteindre complètement.

L'épidémie de Kurrachee, dont nous avons indiqué plus haut l'origine (émigrés de Bombay), fut aussi meurtrière que celle de Poonah; la mortalité hebdomadaire fut la même et commença également à décroître en mai et juin pour se relever en 1898; du 1r avril au 30 juin de cette année, 2339 personnes succombèrent à la peste; du 25 mars au 1r avril 1899, il y eut encore 213 décès, tandis que du 3 au 10 juin on n'en compta plus que 16.

Un grand nombre de districts de l'Inde furent visités par la peste; dans un village où étaient venus échouer deux fuyards de Bombay, qui, eux, restèrent indemnes, le tiers de la population fut enlevé par la terrible maladie qui se déclara peu après leur arrivée.

Dans la présidence de Bombay, où elle éclata en juillet 1897, il périt du 3 juillet au 20 août, 1205 personnes, habitant principalement les territoires de Puna, Satara et Kutsch. Du 13 au 19 novembre, il y eu 2116 décès; accalmie jusqu'en mars 1898, puis recrudescence de l'épidémie qui de nouveau se calma en juillet. Accalmie éphémère! Du 30 janvier au 5 février 1899, la peste attaque 2221 personnes, 1500 du 12 au 18 février; elle fait du 25 mars au 1r avril 1051 victimes et 339 du 27 mai au 3 juin.

De plus l'épidémie, au début de cette année 1899, s'aggrava dans de notables proportions à Baroda, dans les provinces de Dharwaa, de Belgaum-Thana et d'autres encore.

Du 13 au 26 août 1898, Madras avait perdu 168 habitants, morts de la peste. Calcutta n'est pas épargné; de mai en septembre 1898, quelques cas y sont observés; du 25 mars au 1r avril 1899, il y eut 191 décès et 22 du 3 au 10 juin.

Aujourd'hui, l'état sanitaire de l'Inde reste déplorable. Le gouverneur de Bombay constatait, au début de septembre 1899, que la peste, malgré tous les efforts tentés pour la combattre, ne cessait de gagner du terrain. Pendant la première semaine de septembre, il y eut 4142 cas mortels dans la présidence de Bombay, 1086 à Poonah et 53 à Calcutta.

Peut-on rattacher à la même origine l'épidémie qui éclata en 1897 à Djeddah, le port de La Mecque, sur la mer Rouge? Elle y fit son apparition au retour du pélérinage de 1897 et on accusa des habitants d'Hadramant et d'autres villes arabes, venus à Djeddah à cette occasion, d'avoir été les importateurs de la maladie. Elle se montra généralement bénigne et l'on n'observa que 76 cas graves dont 63 mortels. Elle dura 38 jours à partir du 5 juin, date de son éclosion; elle avait été précédée d'une mortalité excessive des chèvres et des rats. Les mesures prises et la température élevée : 38° c. à 44° c. à l'ombre, 72° c. à 79° c. au soleil, en eurent raison. Mais le mal ne fut enrayé que provisoirement, car, en mars 1897, la peste rentrait en scène, frappant d'abord un commerçant qui avait garni sa maison de vieilles étoffes et de tapis achetés eux enchères. Cette nouvelle épidémie, qui s'éteignit en avril suivant, fit 36 victimes sur un total de 43 cas. En 1899, réveil grave, cette fois,; du 23 février au 10 mai, 120 personnes succombent. L'épidémie semble aujourd'hui terminée. Elle fut vraisemblablement une manifestation du foyer endémique de l'Assyr.

Depuis le commencement de l'année 1899, d'autres points encore furent infectés; c'est ainsi que Bassorah, en mai, fut contaminé par un navire de provenance indienne; en juin, Bender-Baschir, le port le plus important de la côte orientale du golfe persique, était également atteint; depuis le mois de mai, la peste s'est établie à Alexandrie où du 3 au 23 juin il y eut 39 cas dont 15 se terminèrent par la mort. En mai aussi, la Côte d'ivoire payait son tribut à l'épidémie.

Comme on peut en juger par cet exposé, qui est loin d'être complet, il s'en faut de beaucoup que nous soyons à l'abri de la peste et plus que jamais il faut redoubler de précautions pour préserver l'Europe. Il est, en effet, à craindre que la fin des grandes chaleurs ne soit le signal d'une nouvelle recrudescence de la maladie. *Caveant consules!*

Etiologie. (1)

Ce fut au cours de l'épidémie de Hong-Kong, en 1894, que Kitasato et, quelques jours plus tard, Yersin découvrirent le bacille spécifique de la peste. Très abondant dans la pulpe buboneuse où ses amas constituent une véritable purée, on le trouve aussi dans le sang, l'urine, les ganglions lymphatiques, le foie, la rate, les crachats, les déjections, l'enduit saburral de la langue. On le décèle aisément en colorant la pulpe du bubon avec les couleurs basiques d'aniline, le bleu de méthylène, par exemple. Il est court, trapu, ovoïde, à bouts arrondis prenant plus facilement la coloration que le centre, se décolore par le procédé de Gram. On n'a jamais observé la présence de cils ni de mouvements quelconques. Kitasato et Yersin, de même que Zettnow, lui ont reconnu une capsule.

Il affecte une grande variabilité d'aspect; il est tantôt long, tantôt court, filamenteux, etc.; il offre, en outre, des formes de dégénérescence qu'on rencontre en abondance d'autant plus grande que la culture est plus ancienne. Il ne paraît pas avoir de spores.

Dans les milieux de cultures liquides, il forme des chaînettes de plusieurs articles placés bout à bout, comme les streptocoques.

Sur agar-agar les colonies apparaissent au bout de 24 heures sous forme de minces gouttelettes et après 48 heures, elles se présentent à l'œil nu comme des nodules gris-pâle, légèrement irisés. Sur plaque de gélatine, les colonies ont une coloration brun-clair et ne liquéfient pas la gélatine. Ce bacille prospère également sur sérum sanguin et sur pomme de terre. Dans un bouillon alcalin, le développement est moins intense; il s'y forme de légers flocons qui se déposent au fond du tube, tandis que le liquide reste limpide. L'addition de sucre de raisin au bouillon active singulièrement la prolifération des colonies et le liquide se trouble alors complètement. Sur gélose, on constate, au bout de 16 à 24 heures, des colonies blanches, transparentes, à bords irisés.

Le bacille pesteux ne résiste pas à une exposition de plusieurs heures à une température de 58° c.; les températures moyennes de 18 à 20° c. lui sont surtout favorables; l'action directe de la lumière

(1) V. Yersin, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1894 et 1897.
Firket, *La peste. Le scalpel* 1897.
Kolle, *Zür Baktériologie der Beulenpest. Deutsche med. Woch.* 1897, p. 146.
Kitasato, *Preliminary notice of the bacille of bubonic plague.* Hong-Kong 7 juli 1894.
Zettow, *Beitraege zur kenntniss des Bacillus der Bubonenpest. Zeitschrift fur Hygiene und Infectionskrankheiten.* Bd. XXI, S. 165.
Wladimiroff et Kresling, *Deutsche med. Woch.* 1897, p. 430.
Giaxa, *Annali d'Igiene sperimentale*, mai 1897.
Netter, *La semaine médicale*, 1895, p. 69.

solaire peut détruire sa vitalité en 2 à 3 heures 1/2; c'est, du reste, un fait d'expérience que, dans les pays chauds, la peste disparaît ou s'atténue pendant les fortes chaleurs. A 100° c. il est tué en quelques minutes; l'acide phénique à 1 p. c. le fait périr en une heure; en 3 heures si la solution n'est que de 1/2 p. c. Il est vite tué, d'ailleurs, par les agents habituels de désinfection.

Sa virulence serait très rapidement perdue par la dessiccation, d'après Kitasato; elle n'y résisterait jamais plus de 15 jours; Giaxa cependant a démontré que du pus et du sang de pestiféré, déposés sur une bande de toile exposée à l'air sec et à l'ombre pendant 30 jours, à une température de 10 à 18° c., se sont montrés très virulents.

D'après les recherches de Wladimiroff et de Kresling, l'influence des basses températures sur le bacille pesteux est minime, pour ne pas dire nulle; le seul effet manifeste du froid qu'aient pu observer ces expérimentateurs est un développement plus lent des colonies, à la condition toutefois que les cultures soumises à l'action du froid fussent liquides.

Ce microbe est très virulent pour les rongeurs : souris, rats, lapins, cobayes, etc. Chez tous ces animaux, il détermine un large plastron inflammatoire au point d'inoculation, en même temps que de l'engorgement de la région ganglionnaire correspondante. De plus, il se produit à la région inoculée une plaque de sphacèle qui tombe parfois, découvrant une ulcération grisâtre.

Les singes aussi prennent très aisément la peste (1) et on les infecte avec une dose si minime qu'on ne trouve aucune réaction locale au point d'inoculation, bien qu'il se produise néanmoins des tuméfactions ganglionnaires et des bubons. Ce fait expliquerait les cas fréquents où, chez l'homme, on ne découvre aucune lésion cutanée dans les régions correspondant au bubon.

L'introduction du virus dans la trachée du singe détermine une pneumonie pesteuse d'emblée, sans bubon apparent. Si l'on fait pénétrer le virus dans l'estomac, sans léser la muqueuse, l'infection n'a pas lieu. Il est cependant bien démontré que l'ingestion par des rats ou des souris soit de cultures, soit de fragments de rate ou de foie d'animaux morts de la peste, suffit à les tuer pour ainsi dire fatalement.

Chez les cobayes inoculés, la rate prend un aspect particulier; elle est farcie de petits foyers jaunâtres qui ne sont que des amas du microbe.

(1) Wyssokowitz et Zabolotny. *Expériences de la commission russe à Bombay. La semaine médicale* 1897, n° 34.

La survie est de 24 à 36 heures pour les souris, de 48 heures pour le rat, de 3 jours pour le lapin, de 3 à 5 jours pour le cobaye. Yersin n'avait obtenu aucun résultat en inoculant des pigeons, mais Calmette et Borel ont constaté que cet oiseau ne présente aucune immunité à l'égard de la peste.

Modes de propagation.

La peste est une affection contagieuse; il suffit, pour le démontrer, de rappeler qu'une épidémie ne se développe que lorsqu'elle a été importée soit directement par un pesteux contaminant son entourage (pus des bubons, déjections, expectoration etc.) soit indirectement par des objets infectés ou par des individus, indemnes, mais transportant sur eux le germe pathogène, ou par des animaux. On connait l'excessive réceptivité des rats et des souris pour la peste; à tel point que les Hindous, avertis de l'approche du fléau par l'extrême mortalité de ces rongeurs, quittent souvent à ce moment leurs villages. Les buffles et les porcs présenteraient également une aptitude particulière à contracter la maladie qui peut, du reste, atteindre beaucoup d'autres animaux : chiens, chèvres, bœufs, chameaux, serpents, oiseaux, insectes, etc. (1). Les porcs s'infecteraient en mangeant les cadavres des rats et souris pestiférés et les excréments humains. Boccace, au cours de sa célèbre description de la peste de Florence, cite le fait de trois porcs qui tombèrent morts après avoir remué de leur groin des hardes de pestiférés abandonnées sur la voie publique.

L'isolement préserve de la contagion et ce sont surtout ceux qui s'exposent aux contacts suspects qui sont frappés; enfin la peste est inoculable. De ces faits se déduit logiquement sa contagiosité.

Quel est le véhicule du contage? par où et comment pénètre-t-il dans l'organisme humain?

L'*eau* serait, paraît-il, préservatrice plutôt que propagatrice du mal, mais en ce sens qu'elle serait un agent isolant, qu'elle formerait barrière; c'est ainsi qu'à Canton, en 1894, plus de 80.000 habitants échappèrent à la peste en se réfugiant à bord des bâteaux, pontons etc. amarrés dans le fleuve et dans le port. Cette immunité trouve tout naturellement sa cause dans l'isolement. Quoiqu'il en soit, le rôle de l'eau est douteux et l'on croyait même que le bacille perdait vite sa virulence à son contact. Ajoutons cependant que Wilm (2) a trouvé des bacilles encore très actifs après 20 jours de séjour dans l'eau stérilisée et qu'il fit la même constatation au bout de 6 jours dans l'eau

(1) Janson. *Die Schwarze Tod bei Thieren. Arch. fur wissenschaftliche und praktische Thierheilkunde.* Bd. XXI, Heft 6.

(2) Wilm. *Ueber die Pestepidemie im Hong-Kong, im Jahre* 1896. *Hygienische Rundschau.* 1897. Nos 5 et 6.

de mer ; il en résulte donc que l'ingestion de l'eau peut être une source de contamination, comme du reste il en cite des exemples.

La propagation par l'*air* est possible, mais dans un rayon limité. On a allégué comme preuve la contamination des trieurs de chiffons ; il est aussi plausible d'admettre dans ce cas l'introduction par voie cutanée des bacilles répandus sur les chiffons infectés. La Commission médicale allemande de Bombay a reconnu toutefois chez l'homme ce mode d'infection caractérisé cliniquement par une localisation primitive bronchique et qui serait due à l'inspiration des bacilles qui peuvent exister dans l'atmosphère. Leur présence dans l'air n'est du reste pas douteuse. Kitasato inocula une souris avec la poussière recueillie sur les murs d'une pièce où étaient morts des pestiférés ; l'animal succomba, présentant dans le sang et les viscères les bacilles caractéristiques. L'air peut donc être le véhicule du contage mais de nombreux faits attestent que son pouvoir de propagation est très peu étendu (influence de l'isolement, cordon sanitaire etc.).

Le *sol* est le grand dépositaire du virus. Yersin a trouvé dans le sol des localités contaminées, jusqu'à une profondeur de 6 à 7 centimètres, des bacilles semblables à ceux des bubons, mais de virulence moindre. Ils s'y conservent bien et ainsi s'explique la réviviscence des épidémies dans des endroits où avaient été ensevelis des pestiférés très longtemps auparavant, jusqu'à trente ans et plus (1).

Ni les *climats* ni l'*altitude* n'ont d'influence sur la peste. Les pays de plaines aussi bien que ceux de montagnes sont également ravagés par le fléau. Les vents, les orages, les pluies peuvent déterminer de nouvelles recrudescences dans un foyer qui paraissait éteint ; l'humidité favorise aussi l'expansion de la maladie. Les températures élevées, au contraire, atténuent ou même annihilent la virulence du bacille, tandis que les saisons moyennes augmentent son activité ; celle-ci n'est pas entravée par les grands froids.

Par quelle voie le bacille pesteux pénètre-t-il dans l'organisme humain ?

Les recherches de la Commission médicale allemande à Bombay (2) ont démontré l'existence de trois grandes portes d'entrée : la peau, les poumons, les amygdales.

Le plus souvent c'est par une solution de continuité du revêtement cutané que s'introduit le virus. En effet, chez les Chinois et les Hindous qui sont presque toujours à pieds-nus, qui fréquemment sont couverts de vermine et de dermatoses ouvrant largement la porte à l'infection, les premiers bubons se manifestent dans l'aine, tandis que

(1) Couroubacolis. *Étude sur la peste bubonique*. Thèse de Paris. 1897, p. 107.
(2) *La Semaine médicale*. 1897. N° 19.

chez les Japonais, qui portent des souliers, ils apparaissent dans l'aisselle (1). Dans l'infection par la voie cutanée, on voit se former en différents points, à l'aine, au creux axillaire, plus rarement au cou, au creux poplité, au pli du coude, à la nuque, à la région pré-auriculaire, les tumeurs ganglionnaires primitives appelées bubons. Tant que le virus n'a pas franchi le filtre ganglionnaire, la forme septicémique, presque toujours mortelle et qui permet de retrouver le bacille dans le sang et les viscères, ne s'établit pas. Lorsque les bubons suppurent, les bacilles périssent rapidement, mais alors même il peut se produire des infections graves, surtout streptococciques. Les pestiférés ne deviennent vraisemblablement dangereux pour leur entourage que lorsque le sang étant déjà contaminé, les excreta contiennent des bacilles spécifiques.

L'infection primitive des poumons, moins commune, — l'épidémie actuelle en a cependant fourni de nombreux exemples — conduit à la pneumonie pesteuse d'emblée, forme redoutable, souvent foudroyante, de la peste; dans ce cas, les foyers pneumoniques contiennent beaucoup de bacilles et les crachats deviennent un facteur puissant de propagation.

L'infection amygdalienne, très grave également, amène rapidement l'infection générale.

Pour Wilm, c'est le plus souvent par le tube digestif que l'homme est contaminé, en absorbant une nourriture infectée. Ses expériences lui ont prouvé que le microbe pouvait vivre deux jours dans une solution d'acide chlorhydrique à 1/2 p. c. et que, par conséquent, il pouvait séjourner dans l'estomac sans être tué par le suc gastrique. Il a constaté la présence du germe pathogène dans l'eau d'une fontaine servant à l'alimentation de nombreuses personnes qui ne tardèrent pas à subir les atteintes du mal. Chez ces malades, empoisonnés par leur tube digestif, cela n'était pas douteux, ce furent les ganglions mésentériques qui se tuméfièrent d'abord (2).

En résumé, l'homme peut incorporer par la peau, l'appareil respiratoire, l'appareil digestif les bacilles pesteux qui se trouvent dans les excreta des malades, dans leurs vêtements, les objets qui leur ont servi etc. L'épidémie de Wetlianka, en 1878-79, en a fourni un remarquable exemple. Alors qu'elle était éteinte, on recueillit dans une famille, jusque là complètement indemne, une caisse contenant des effets provenant d'une maison visitée par la maladie régnante; une fillette l'ouvrit, mit un vêtement qui s'y trouvait et, quatre jours plus tard, la peste se déclarait chez elle.

L'homme peut encore se contaminer au contact du sol ou d'animaux

(1) Aoyama. *Loc. cit.*
(2) V. Dr Schlemm. *Annales d'hygiène.* Avril 1897.

et en particulier des rats et des souris, grands propagateurs de la peste. On admet généralement que les rongeurs s'infectent par le tube digestif en absorbant le virus répandu sur le sol ou en dévorant des cadavres pestiférés. Simond (1) a cependant obtenu des résultats négatifs dans ses tentatives d'infection du rat, du singe et de l'écureuil par l'ingestion de cultures microbiennes, de sang et d'organes d'animaux morts de la peste et il en conclut que ce mode de contamination n'existe pas. Que penser alors des résultats positifs obtenus par d'autres auteurs? Quoiqu'il en soit, son insuccès lui suggèra l'idée de rechercher s'il n'y a pas d'agent susceptible de faire pénétrer directement le bacille de la peste dans la peau saine. Cet agent serait la puce. Elle absorbe, avec le sang d'un animal malade, le microbe spécifique, le garde dans son tube digestif et l'inocule ensuite à d'autres. Il en est de même, paraît-il, de la mouche dans le tube digestif de laquelle on a aussi retrouvé des bacilles pesteux. Yersin a pu donner la peste à des cobayes en leur injectant sous la peau un peu d'eau stérilisée dans laquelle il avait broyé des mouches trouvées mortes au laboratoire (2).

Des rats sains conservés par Simond en compagnie d'animaux pestiférés, *exempts de parasites*, n'étaient jamais atteints; mais s'ils cohabitaient avec des rats malades et couverts de puces, ils succombaient à la peste, alors même qu'un grillage les séparait des pesteux, avec lesquels donc ils ne pouvaient avoir de contact direct. Les puces ont une prédilection pour les rats pestiférés qui en sont réellement couverts; quand ils meurent, elles abandonnent assez vite le cadavre pour chercher un autre habitat. Aussi est-il dangereux de manier un cadavre frais de rat, tandis qu'un cadavre ancien est inoffensif. Thiroux confirma les idées de Simond dans son rapport sur l'épidémie de peste de Tamatave (3); chez trois puces sur cinq que portait un rat inoculé, il retrouva le bacille caractéristique.

Enfin les fourmis et les punaises se chargeraient aussi, d'après Haffkine, de nous véhiculer la peste. Il est aisé de comprendre, d'après ce que nous venons de dire, pourquoi elle attaque avec tant de facilité les gens et les quartiers malpropres. C'est la maladie de la saleté : défaut d'entretien des maisons et du sol, manque de soins individuels, vermine, dartres, etc., misère en un mot, tels sont les grands facteurs de contamination et de dispersion du fléau.

Symptomatologie.

La durée de la période d'incubation serait de 2 à 7 jours d'après les constatations d'Aoyama à Hong-Kong; Wilm croit qu'elle peut

(1) *La propagation de la peste. Annales de l'Institut Pasteur.* 1898. Octobre.
(2) *Académie de médecine de Paris.* 26 janvier 1897.
(3) *Le mouvement hygiénique.* 1899.

atteindre 16 jours; la conférence de Venise en a fixé la limite extrême à 10 jours.

La peste débute brusquement, sans prodrômes appréciables, par un frisson et l'élévation de la température (39 à 41° c.); puis surviennent une prostration excessive, une céphalalgie intense, une sensation pénible d'angoisse, des vomissements, du délire; les conjonctives s'injectent, les globes oculaires s'enfoncent, le regard est éteint et fixe, la respiration et le pouls s'accélèrent (R. : 40 à 50; P. : 130-140). La langue se couvre d'un enduit abondant, puis devient sèche, fuligineuse. La fièvre est continue, atteint son apogée du 3e au 5e jour (41° c.) et redescend ensuite à la normale. Souvent, après ce premier accès, apparaît une fièvre rémittente dépendant de l'infection streptococcique des ganglions lymphatiques et du sang. Ce fait, constaté à Hong-Kong par Wilm qui y soigna 300 pesteux et pratiqua 867 autopsies, est confirmé par Aoyama qui, dans les bubons suppurés, à côté des bacilles spécifiques, rencontra souvent des streptocoques et remarqua la courbe fébrile particulière à l'infection streptococcique.

La peau est sèche, le teint bistré.

Les bubons constituent le symptôme le plus constant et le plus caractéristique. Leur siège habituel est l'aine (70 p. c.), l'aisselle (10 p. c.); plus rarement ils occupent l'angle de la mâchoire inférieure, la nuque, la région sous-maxillaire. Ils sont très douloureux et suppurent dans 90 p. c. des cas. La peau qui les recouvre se nécrose fréquemment. Ils peuvent apparaître dès les premières heures, souvent vers le deuxième jour; ils augmentent rapidement de volume et en 24 heures atteignent le volume d'un œuf de pigeon et même plus.

Le tube digestif est plus ou moins attaqué et un grand nombre de malades ont des selles sanguinolentes. Le cœur présente une accélération de ses mouvements et un souffle systolique.

L'appareil respiratoire, dans la peste bubonique, est généralement moins attaqué. Il n'est point cependant à l'abri de la contamination, loin de là! Il peut survenir des pneumonies avec hémoptysies fréquentes (peste noire) et ils ne sont pas rares malheureusement les cas où la maladie frappe d'emblée l'appareil respiratoire provoquant la terrible pneumonie pesteuse, d'une si excessive gravité; pendant l'épidémie de 1898, à Djeddah, ces cas se montrèrent particulièrement nombreux; le diagnostic se basera surtout sur l'examen bactériologique des produits de l'expectoration. Les urines contiennent de l'albumine dans 95 p. c. des cas.

Le système nerveux enfin peut réagir par des contractions musculaires, de la surdité, des syncopes, du délire etc. La mort se produit, 70 fois pour 100, endéans les 6 jours et même au bout de 2 ou 3 jours d'après Aoyama, par suite de paralysie cardiaque. Si le malade survit

à cette première phase, Aoyama affirme que la guérison est la règle. Le bubon suppure ou se résorbe, les sueurs et les urines s'éliminent en abondance, la convalescence s'établit, rarement rapide, le plus souvent très longue, 1 à 4 mois, avec des rechutes, des phénomènes d'infection secondaire, des suppurations etc.

L'éruption de charbons sur les membres ou ailleurs est moins fréquente que celle des bubons; la gangrène les limite assez vite et d'ordinaire ils guérissent par suppuration et élimination. Quant aux pétéchies, elles sont l'indice de la gravité de l'infection et constituent un signe avant-coureur de la mort.

Tous les cas ne se présentent pas évidemment sous cet aspect type. Pendant la peste qui sévit en Annam, Yersin ne constata que 38 fois sur 72 cas la présence des bubons. La maladie évoluait alors comme une pneumonie simple ou comme des accès pernicieux. Dans les cas sans bubons que Wilm observa à Hong-Kong, on trouvait cependant quelques ganglions engorgés mais indolores et chez 20 p. c. des malades, les symptômes digestifs étaient si accusés qu'on croyait à une affection intestinale.

Il y a aussi dans toute épidémie des cas bénins, légers, sorte de peste ambulatoire n'obligeant pas ou rarement le malade à garder le lit. La guérison survenait alors généralement en 5 à 6 jours; il persistait néanmoins pendant quelque temps de l'obnubilation de l'intelligence et une tuméfaction des ganglions lymphatiques intéressés.

Dans le cours de l'épidémie actuelle de Bombay, ce fut la forme septico-hémorrhagique qui, d'après les études d'Albrecht (1), fut le plus souvent observée; elle se caractérise par un bubon primitif hémorrhagique formé d'un paquet de ganglions. Lorsque le malade ne succombait pas dès le début, le bubon s'accroissait et suppurait au bout de 6 à 9 jours. La maladie envahissait-elle les ganglions cervicaux, l'inflammation s'étendait à la parotide, aux muqueuses buccale et pharyngée; parfois on constatait de l'œdème de la glotte et des hémorrhagies dans les séreuses, sauf le péritoine où elles furent très rares.

Une deuxième variété de peste, également observée à Bombay, est désignée par Albrecht sous le nom de forme septico-pyémique; elle est remarquable par les foyers métastatiques et emboliques, remplis de bacilles, qu'on trouve dans les poumons, le foie et les reins.

Enfin, un troisième type, assez commun, fut la pneumonie pesteuse primitive, à marche foudroyante, sans participation des ganglions qui n'avaient pas le temps de s'infecter, ou du moins de se tuméfier.

Diagnostic bactériologique.

Les bacilles, dit Yersin, existent toujours dans les ganglions lym-

(1) Société I. R. des médecins de Vienne. 28 mai 1897.

phatiques, même dans les cas sans bubons, dans les formes pneumoniques ou autres. On extirpe donc un ganglion soit à l'aine, soit à l'aisselle d'un cadavre. Pour un simple examen microscopique, il suffit de le sectionner avec des ciseaux flambés et de frotter la surface de section sur une lame de verre. Dès que le frottis est desséché, on le fixe avec l'alcool-éther et on le colore en quelques secondes avec du violet de gentiane. La préparation, lavée et séchée est examinée avec un objectif à immersion; le bacille se reconnaît à sa forme ovoïde et à ses pôles plus colorés que le centre. Quand il y a doute, Yersin conseille d'ensemencer quelques tubes de gélose nutritive avec la pulpe ganglionnaire; y a-t-il peste, en 24 à 36 heures il se développe à la surface de la gélose un grand nombre de petites colonies qu'on examine au microscope. On peut aussi inoculer des souris avec la pulpe du ganglion ou avec les cultures. Un fil de platine, enduit à son extrémité de la substance à inoculer, est introduit sous la peau de la cuisse par une boutonnière faite avec des ciseaux; s'il s'agit de la peste, l'animal mourra en 2 à 4 jours et on retrouvera le bacille dans le sang et la rate.

Wilm recommande d'examiner soigneusement les urines dans lesquelles on trouve souvent à l'aide du microscope les bacilles spécifiques; sinon on fait des cultures sur plaques de gélatine. Pour les déceler dans les selles, la salive, les matières vomies, le sang, il est bon de les faire au préalable proliférer dans un milieu de gélatine-peptonisée et alors seulement on ensemence les plaques.

Outre les bacilles pesteux, on rencontre des streptocoques, des staphylocoques, le bactérium coli.

Mentionnons enfin ce fait que le sérum sanguin des pestiférés exerce sur une émulsion de cultures pures du bacille de la peste la même action agglutinante que le sérum sanguin des typhiques et des cholériques à l'égard du bacille d'Eberth et du bacille virgule. (1)

Anatomie pathologique. (2)

Les lésions de la peste ont été soigneusement observées sur des cobayes et des souris par Van den Stricht. Il se forme, autour du point d'inoculation, un œdème gélatiniforme étendu, avec extravasats sanguins et foyers purulents et même nécrotiques.

Les altérations des ganglions lymphatiques atteignent tous les degrés depuis la simple hypertrophie jusqu'à l'inflammation puru-

(1) Rapport de la Commission médicale allemande à Bombay.

(2) V. : Wilm. *Loc. cit.*

Nepveu, *Acad. des sciences de Paris.* 8 juin 1897.

Van der Stricht, *Acad. royale de méd. de Belgique.* 27 mars 1897.

Traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud, t. I, p. 891.

lente. On y rencontre souvent des ilots ou des coagula volumineux formés de bacilles.

La rate est congestionnée et augmentée de volume; on trouve dans sa pulpe et au pourtour des corpuscules de Malpighi des foyers hémorrhagiques; la pulpe est le siège d'une inflammation purulente très intense et renferme de nombreux nids de bacilles qui se présentent à l'œil nu sous forme de granulations blanchâtres.

Le foie offre de graves altérations; les cellules hépatiques subissent la dégénérescence graisseuse, les capillaires sanguins renferment des bacilles : de plus, il existe des foyers purulents et hémorrhagiques intra et interlobulaires.

Les reins, moins atteints, montrent cependant un commencement de dégénérescence graisseuse.

Les capsules surrénales sont hypertrophiées, congestionnées et le siège d'hémorrhagies; foyers de pus et de bacilles dans les capillaires.

Les vaisseaux du muscle cardiaque sont congestionnés; il en est de même de l'estomac. L'intestin grêle présente des lésions d'entérite plus ou moins intense. Wilm y constata de petites ulcérations et la tuméfaction de follicules isolés. Les nécropsies faites pendant l'épidémie actuelle de Porto ont révélé des lésions des plaques de Peyer et des follicules clos analogues à celles qui existent dans la fièvre typhoïde. Dans les poumons, on remarque des lésions inflammatoires très étendues de pneumonie interstitielle aiguë et quelquefois de pneumonie lobaire. Des bouchons de bacilles obstruent les capillaires; les infarctus hémorrhagiques y sont fréquents. Wilm signale l'inflammation et des hémorrhagies méningées.

Toutes les parties constitutives de la moëlle osseuse se multiplient rapidement pour pourvoir au remplacement des éléments morphologiques du sang qui, dans la peste, subissent une rapide diminution de nombre.

Nepveu a résumé sous six chefs les effets de l'infection pesteuse sur l'organisme humain, observés à l'autopsie d'un Hindou mort de la peste à Bombay; ces effets sont :

a) Leucogéniques : production d'un grand nombre de globules blancs dans le sang et le lymphe.

b) Diapédétiques.

c) Pyogéniques : bubons — anthrax — suppurations.

d) Dégénératifs : dégénérescence graisseuse du foie, des reins, nécroses.

e) Congestifs : hémorrhagies, œdèmes.

f) Coagulants : formation de caillots dans le cœur.

Pronostic.

Le pronostic, il est à peine besoin de le dire, est extrêmement

sombre. Les chiffres fournis par les auteurs sont variables, mais on peut admettre que les cas non traités par le sérum antipesteux entraînent une mortalité de 70 à 95 p. c. A Hong-Kong, la léthalité chez les Chinois s'éleva à 95 p. c. tandis que dans cette même épidémie, celle des Européens n'atteignit que le chiffre de 18 p. c. Sur onze Anglais atteints, neuf guérirent. (1)

Les Européens offrent donc une résistance beaucoup plus grande à la peste que les Orientaux. Puisse cette constatation consolante nous rassurer et annihiler l'effet d'un des grands facteurs de morbidité dans les épidémies, la peur! « La crainte est le plus pernicieux de tous les véhicules de la peste », dit judicieusement un missionnaire du XVIIe siècle, l'abbé Gaudereau, auteur d'un petit traité de la peste fort intéressant. (2)

Traitement.

L'exposé des mesures de prophylaxie internationale arrêtées par la conférence de Venise serait trop long et dépasserait le cadre de ce travail; quelques mots seulement de la prophylaxie individuelle avant d'aborder l'étude du traitement préventif et curatif de la peste. Elle concerne les personnes bien portantes soignant les pestiférés, les malades en période d'infection et les convalescents. Les moyens prophylactiques porteront surtout sur la désinfection des objets, tissus, étoffes, locaux contaminés qui, suivant leur importance et leur nature seront ou détruits par le feu, ou soumis à l'étuvage ou lavés avec des solutions antiseptiques : sublimé à 2 p. c.; acide phénique à 5 p. c. sulfate de cuivre à 5 p. c., lait de chaux à 20 p. c., etc. etc. On veillera à la désinfection minutieuse des déjections et des latrines. Les personnes exposées à la contamination se laveront plusieurs fois le corps tout entier avec de l'eau chaude et du savon, puis avec une solution de sublimé. Il va sans dire que les pesteux seront rigoureusement isolés et surveillés.

Traitement préventif (3). En 1895, Yersin, assisté de Roux, Calmette et Borel, tenta de réaliser l'immunisation d'animaux contre la peste. Ils commencèrent d'abord par inoculer des lapins et des cobayes au moyen de toxines, mais sans résultat. Ils recoururent alors à l'injection péritonéale ou intraveineuse de cultures qui étaient restées exposées pendant une heure à la température de 58° c.; dans ces conditions, elles ne contenaient plus que des cadavres de bacilles. A chaque injection, les animaux en expérience réagissaient par un léger malaise qu'il fallait laisser se dissiper avant de

(1) Firket, *Loc. cit.*
(2) Relation des différentes espèces de peste en Orient, etc. Paris 1721.
(3) *Annales de l'Institut Pasteur.* 1895.

renouveler l'inoculation. Au bout de 14 jours, ils résistaient aux cultures très virulentes.

Yersin réussit alors à immuniser un cheval. De faibles doses de cultures injectées sous la peau, déterminèrent de l'élévation de la température et une tuméfaction locale allant à la suppuration. Pour parer à cet inconvénient, Yersin pratiqua l'inoculation dans les veines du cheval d'abord avec une faible quantité de cultures qu'il augmenta graduellement au fur et à mesure que l'accoutumance s'établissait. L'animal ainsi traité fut saigné trois semaines après la dernière injection et son sérum essayé sur les souris. Celles qui en recevaient 1/10me de cc. ne devenaient point malades quand 12 heures après on les inoculait avec une culture de microbes pesteux.

Les drs Wyssokowitz et Zabolotny, membres de la commission russe délégués à Bombay en 1897 pour l'étude de la peste, immunisèrent des singes avec le sérum de Yersin, employé à la dose de 10 cc., mais l'effet préservatif ne se prolongea pas au delà de 14 jours. Avec ce même sérum, ils guérirent des singes déjà malades en leur injectant 20 cc , deux jours après le début de l'injection.

Les souris, inoculées de la peste depuis 12 heures, guérissaient, si on leur injectait 1 à 1 1/2 cc. Le sérum était donc préventif et curatif.

D'autres expérimentateurs cherchèrent également dans la sérothérapie le remède préventif et curatif de la peste; il faut d'abord signaler Haffkine (1), dont le procédé fut essayé avec succès aux Indes. Ses cultures, sur milieu nutritif liquide recouvert d'une épaisse couche de butyrine, sont exposées pendant une heure à une température de 70° de manière à tuer les bacilles et renferment alors les cadavres des microbes et les produits de leurs échanges nutritifs. Le dépôt blanchâtre qui s'y forme, inoculé seul aux animaux, provoque une réaction locale accompagnée d'une fièvre modérée et de malaise ; l'injection du liquide de culture, débarrassé de ce dépôt, amène une fièvre intense et altère sensiblement l'état général. Haffkine se sert de la culture complète, liquide et dépôt mêlés, pour immuniser les animaux et l'homme. Ce n'est donc pas par l'intermédiaire de sérum, mais par l'inoculation directe de cultures stérilisées du bacille de la peste, qu'Haffkine atteint un résultat *prophylactique*, comme du reste il l'avait déjà fait pour la fièvre typhoïde.

Kolle (2) a soumis 5 rats et 4 cobayes à l'inoculation sous-cutanée d'une culture de peste sur agar, dont les bacilles avaient été tués par l'action d'une température de 65°, pendant plusieurs heures. Seize jours plus tard, l'injection d'une culture virulente restait sans effet.

(1) *Remarks of on the plague prophylactic fluid. British med. Journal*, Juin 12, 1897.

(2) *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1897, n° 10.

Lustig et Galeotti (1), de Florence, se livrèrent également à des essais d'immunisation, et, de leurs travaux, il résulte qu'il se produit dans les cultures de bacilles pesteux traitées suivant certains procédés qu'ils exposent en détail, une substance qui possède les propriétés des nucléo-protéines; elle se montre fortement toxique pour les animaux, mais, si on l'injecte, soit sous la peau, soit sous le péritoine à dose non mortelle, non seulement elle ne provoque aucun effet nuisible, mais, elle confère à l'égard de cultures virulentes, une immunité d'une durée d'au moins quatre semaines. Le sérum sanguin d'animaux, ayant subi deux ou trois vaccinations de ce genre est nettement préservatif et curatif.

Tous les sérums antipesteux, quelle que soit leur préparation, sont, d'après Roux (2), antitoxiques; mais cette propriété antitoxique est plus ou moins prononcée suivant le mode d'obtention du sérum. Ainsi, ceux qui sont obtenus avec des cultures de bacilles sur gélose, injectés vivants dans les veines des chevaux, sont plus antitoxiques que ceux qu'on obtient avec des bacilles morts.

Examinons d'abord les résultats que fournit l'application à titre préventif des sérums antipesteux à l'homme.

Le dr Thiroux (3) a vacciné à Tamatave, avec le sérum de Yersin, 50 personnes fortement exposées à la contagion; aucune ne prit la peste. La dose employée fut de 10 cc.

Au Congrès international de Moscou, Metchnikoff (4) fit rapport sur le résultat des injections préventives faites par Yersin pendant l'épidémie des Indes; sur plus de 900 personnes vaccinées, vivant en plein foyer pesteux, on ne constata que 5 cas, dont 2 suivis de mort. Dans un village contaminé, les 2/3 des hommes furent vaccinés; aucun ne fut atteint, tandis que des cas assez nombreux se manifestaient chez les personnes non vaccinées.

Le procédé d'Haffkine ne paraît pas moins efficace (5). Il fut appliqué, dans les deux prisons de Bombay, à 295 sujets; 5 tombèrent malades et guérirent; les non vaccinés, au nombre de 300, vivant dans les mêmes conditions que les précédents, fournirent un chiffre de morbidité de 22 et de léthalité de 12.

Dans les districts infectés, on pratiqua en tout 11.362 injections préventives; 45 vaccinés seulement furent atteints de peste et 12

(1) *Versuche mit Pestschützimpfungen bei Thieren. Deutsche med. Woch.* 1897. pp. 227 et 289.

(2) *La Semaine médicale*, 1897, n° 41.

(3) Rapport sur l'épidémie de Tamatave. *Le mouvement hygiénique.* 1899, p. 383.

(4) *La Semaine médicale*, 1877, n° 41.

(5) *The testing of Haffkine's plague prophylactic in plague-stricken communities in India. British medical Journal*, 24 sept. 1898.

succombèrent; sur ces 12 décès 3 furent observés chez des sujets malades déjà au moment de l'inoculation et 3 autres survinrent 24 heures après.

A Bombay, 8200 habitants, appartenant il est vrai aux meilleures classes de la société, subirent la vaccination et ne fournirent à la peste que deux victimes sur 18 cas.

A Lower-Damaon, sur 2197 vaccinés, on compta 36 décès; sur 6033 non vaccinés, 1482 décès.

A Mora, Lanowlie et Kirkee, des 1423 vaccinés, 53 seulement eurent la peste à laquelle 24 succombèrent; parmi les 1807 non vaccinés, 243 furent frappés dont 180 mortellement.

A Undehra (1), village de 950 habitants, Haffkine vaccina, le 12 février 1898, la moitié environ des membres de chaque famille. Un ou deux mois auparavant, 47 habitants avaient déjà subi cette opération. Au total, il y eut 513 vaccinations. Le 4 avril, donc 42 jours après les dernières vaccinations, et 7 jours après l'extinction de l'épidémie, on constata que dans 28 familles, sur 64 personnes non vaccinées, 27 avaient été atteintes, une seule avait guéri; sur 71, vaccinées, 8 seulement furent malades dont trois mortellement.

L'action préventive du sérum d'Yersin et des inoculations d'Haffkine paraît donc réelle et les résultats de ces vaccinations sont d'autant plus significatifs qu'ils ont été obtenus chez des sujets vivant habituellement dans des conditions déplorables, au sein des foyers morbides, et appartenant à des races particulièrement sensibles à l'infection pesteuse.

Traitement curatif. — La sérothérapie s'est révélée également très utile au point de vue thérapeutique, ainsi qu'il résulte des quelques statistiques suivantes :

Les premiers essais de Yersin eurent lieu à Amoij, pendant l'épidémie de 1896; il avait déjà cependant auparavant traité avec succès 3 cas à Canton.

En 10 jours, 23 pestiférés d'Amoij furent soumis à la sérothérapie: 21 guérirent, 2 moururent, l'un 5 heures et l'autre 24 heures après la première injection; ils étaient tous deux malades depuis 5 jours.

Il faut nécessairement intervenir le plus tôt possible; lorsque se montrent les symptômes d'une intoxication profonde, il est trop tard. Le rétablissement est rapide, tandis que la convalescence des pesteux non soumis au traitement par le sérum est longue et pénible.

Les résultats qu'obtint Yersin en 1897 furent inférieurs à ceux d'Amoy. Cela tint à ce que, pressé par la nécessité d'intervenir immédiatement, il dut se servir de sérums moins actifs. Sur 141 cas traités

(1) *The times of India press* 1898 *(Deutsche med. Woch.* 1898).

à Bombay et à Cutch-Mandvi, la mortalité fut de 49 p. c. ; la dose employée atteignit dans un cas 110 cc. Il est vrai qu'à Cutch, du 27 avril au 15 mai, 685 pestiférés non traités par le sérum, fournirent une mortalité de 80 p. c. (549 décès).

Les médecins russes Wyssokowitz et Zabolotny confirmèrent également l'efficacité de la méthode de Yersin. Dans certains cas, disent ils, l'effet est frappant, la température s'abaisse, la somnolence et le délire disparaissent, le bien être revient; d'autres fois, l'amélioration est passagère ou même le résultat est nul. Ces différences proviennent du moment où le sérum est injecté et aussi de la forme de la maladie; c'est ainsi que la pneumonie pesteuse a toujours une issue fatale. A leur avis, l'emploi du sérum a abaissé la mortalité à 40 p. c.

A Tamatave, le dr Thiroux ne fut guère heureux; sur 20 malades qu'il traita, 11 succombèrent; tous, du reste, présentaient dès le début des symptômes graves d'intoxication.

Pendant l'épidémie qui sévit en Annam et qui atteignit 72 personnes, Yersin appliqua la sérothérapie à 33 pesteux et le plus souvent très tardivement, il eut 19 guérisons. Les 39 autres malades, non « sérothérapisés », moururent tous.

Le *modus faciendi* est ainsi exposé par Thiroux : on injecte d'emblée, dans les cas graves comme ceux en présence desquels il se trouva à Madagascar, deux doses, soit 40 cc. et l'on renouvelle l'injection toutes les 12 heures à la dose ordinaire, (20 cc.) Il arrive quelquefois, à la suite d'une défervescence très sensible et malgré la continuation du traitement, d'observer une seconde poussée avec phénomènes généraux graves; il faut alors doubler la dose et donner 40 cc. Presque toujours on obtient, sinon une chute brusque et complète, du moins un amendement des symptômes graves. On pourra alors reprendre les injections toutes les 12 heures jusqu'à guérison. Si, après 24 heures, on n'obtient aucune amélioration, il est indiqué de procéder par doubles doses. Plus un pesteux a reçu de sérum, moins il court le risque des suppurations de la convalescence. Les seuls accidents consécutifs à ces injections, de plusieurs centaines de centimètres cubes parfois, sont des érythèmes localisés à la région où fut faite la piqure. Ils ont un aspect érésypélateux et s'évanouissent en 24 à 48 heures.

Il serait donc à souhaiter que les médecins pussent avoir rapidement à leur disposition de grandes quantités de sérum si, à Dieu ne plaise, nos contrées étaient visitées par la peste.

A défaut de sérum, on peut cependant soulager ou même guérir les malheureux pestiférés, mais c'est au prix d'une surveillance incessante et d'une thérapeutique attentive qui combatte au fur et à mesure

de leur éclosion les symptômes du mal. Tel est, du moins, l'avis du dr Cantlie qui a exposé en 1897 le traitement qu'il estime le plus efficace. (1)

Le malade occupera une chambre bien aérée, très propre, à température de 18° c.; tout ce qui l'entoure ou le touche sera soumis à une désinfection rigoureuse. Il lui sera interdit de se lever, dans la crainte d'une syncope. Le traitement médical débutera par un purgatif. A moins de délire violent, le pesteux sera nourri avec des aliments toniques et d'une digestion facile; comme boissons : de l'eau pure ou citronée, ou additionnée d'eau de vie, la bière, le stout glacé, l'eau de riz. En cas de délire, application de glace sur la tête, injection hypodermique de 1/2 milligramme d'hyoscine.

Les douleurs provoquées par les bubons seront apaisées par des injections de morphine et des embrocations calmantes; il est inutile de les inciser, à moins qu'ils ne suppurent; dans ce cas on les ouvrira et on les drainera.

La diarrhée sera combattue, si elle dure plus de 12 heures et devient une cause d'affaiblissement, par les antiseptiques du tube digestif. salol, etc. Des sinapismes à l'épigastre, l'ingestion de glace, sont recommandables pour arrêter les vomissements.

Cantlie déconseille l'emploi des antipyrétiques pour abaisser la fièvre; leur action déprimante sur la circulation pourrait être dangereuse; il faudra recourir de préférence aux maillots humides et aux vessies de glace sur la tête.

Le système nerveux enfin doit être stimulé par des moyens externes : sinapismes sur les membres et le ventre, respiration de sels odorants etc. et par des moyens internes : injections d'éther camphré, de caféine, potions au carbonate d'ammoniaque, au musc, inhalations d'oxygène.

Cantlie déclare cette thérapeutique excellente; elle est d'une application aisée dans les hôpitaux où les médecins ou, à leur défaut, des infirmiers intelligents peuvent saisir les diverses et multiples indications du traitement, mais, pour les malades soignés à domicile, une surveillance sérieuse et éclairée de la marche de la maladie est presqu'impossible à obtenir.

Il serait trop long et du reste parfaitement inutile de passer en revue les nombreux médicaments proposés contre la peste; le traitement ne peut être que symptomatique et, il faut bien l'avouer, nous ne connaissons que la sérothérapie qui puisse agir efficacement.

(1) *Britisch medical Journal.* Janv. 1897. p. 249.
V. Firket. *Loc. cit.*

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

(Suite.)

Administration du mercure par la voie hypodermique.

A l'inverse des deux méthodes précédemment étudiées, ingestion et frictions, qui sont en usage depuis l'origine du traitement de la syphilis, cette troisième méthode a été introduite dans la pratique à une époque très récente, il y a vingt ou trente ans seulement.

Je ne m'arrêterai pas longtemps à une autre méthode, plus récente encore, qui n'a eu qu'une vogue éphémère, les injections de solutions mercurielles directement dans le torrent sanguin.

On procédait de la façon suivante : ligature autour du bras; ponction d'une des veines les plus saillantes dans la région du pli du coude, avec l'aiguille de la seringue de Pravaz chargée ; enlèvement de la ligature, puis injection.

La solution usitée était la suivante :

Bichlorure de mercure	1 gramme
Chlorure de sodium	3 grammes
Eau distillée	1000 grammes

Il faut avoir soin, disait-on, que la pointe de l'aiguille soit bien libre dans la veine, de manière à injecter le sublimé au milieu du courant sanguin ; de cette façon on évite toute tuméfaction et toute douleur.

Au bout de quelques secondes le malade perçoit un goût salé, puis métallique; enfin après cinq à six minutes, il vient un flux de salive.

La dose de début du traitement est chaque jour un centimètre cube de la solution au millième, soit un milligramme. Puis cette dose peut être élevée à 2, 4 et même 8 milligrammes, ce qui est la dose maxima. Une fois que l'on a atteint la dose de 4 milligrammes, on peut se servir d'une solution deux fois plus concentrée, de manière à injecter une masse moins considérable de médicament.

Le procédé permettait de n'introduire que des doses précises et relativement faibles de mercure dans l'économie ; mais l'expérience

n'a pas démontré sa supériorité au point de vue de la rapidité ou de l'énergie des effets obtenus, et, comme il exige une technique compliquée et délicate, qu'il n'est pas inoffensif, mais expose, quoi qu'on ait dit, à des accidents : intoxication aiguë, thromboses, embolies, il n'est pas parvenu à rallier des partisans, et est déjà presque tombé dans l'oubli.

En ce qui concerne les injections sous-cutanées, il y a lieu de considérer séparément les injections de préparations solubles et les injections de préparations insolubles, car les effets des unes et des autres diffèrent essentiellement.

A. *Injections sous-cutanées de sels mercuriels solubles.*

L'introduction des médicaments par la voie hypodermique a été incontestablement une précieuse acquisition pour la thérapeutique ; ses avantages sont si bien connus et si universellement appréciés que je pourrais me dispenser de les relever.

Il en est un toutefois un peu spécial en l'espèce, c'est que *la méthode hypodermique permet d'exclure toute supercherie de la part du malade dans l'application du traitement antisyphilitique.*

Cette considération n'a d'importance que pour la clientèle hospitalière, et encore pour cette partie de la clientèle qui, dans les grandes villes, est internée par force dans les hôpitaux pour cause de salubrité publique, en vue d'y être soumise au traitement.

Le mercure a mauvaise réputation parmi cette catégorie de personnes : on lui attribue toutes sortes de méfaits, entre autres de faire tomber les dents et les cheveux, puis, la liqueur de Van Swieten est désagréable à prendre, les pilules de protoiodure gâtent l'appétit, ou donnent des coliques.

Dans ces dispositions, on a bientôt fait de tromper le médecin en jetant la cuillerée de la potion ou la pilule; c'est la raison pour laquelle on a pris comme habitude, dans certains hôpitaux, de faire prendre le remède aux malades en présence de l'infirmière, et encore, on ne réussit qu'imparfaitement ainsi à dépister tous les trucs.

Dans les hôpitaux militaires, se rencontrent aussi des syphilitiques chez lesquels, pour la même raison, il y aura lieu de s'adresser aux injections mercurielles de préférence aux autres méthodes ; à la

rigueur, les frictions, pratiquées par une personne du service, permettent aussi de mercurialiser, malgré eux, les sujets récalcitrants.

Un des meilleurs avantages des injections mercurielles est de laisser, aux doses thérapeutiques, les voies digestives indemnes; je n'ai pas besoin de dire qu'à doses excessives, elles provoqueraient de la stomatite ou de l'entérite, tout comme les frictions.

La propriété de laisser indemnes l'estomac et l'intestin appartient en commun aux injections sous-cutanées et aux frictions mercurielles; mais, comme les injections ont de sérieux inconvénients, alors que les frictions sont tout bonnement ennuyeuses, *les injections ne seront obligatoires en cas de maladies ou d'intolérance des voies digestives que dans les cas où les frictions elles-mêmes ne sont pas supportées par la peau*, éventualité tout à fait exceptionnelle.

Il y a un avantage exclusivement propre à la méthode que nous étudions : *les injections de sels mercuriels solubles permettent de doser avec une précision mathématique la quantité de mercure livrée à l'absorption*; en donnant le mercure par la bouche, nous savons certes la dose de mercure, qui, renfermée dans la potion ou les pilules, est journellement administrée, mais nous ignorons quelle est la fraction de cette dose qui est absorbée, et partant utilement dépensée, et quelle autre fraction est éliminée avec les selles; nous savons seulement, et je l'ai montré antérieurement, que cette dernière fraction est importante, ce qui nous met dans la nécessité d'administrer des doses fortes, des doses massives; il en résulte que, si les conditions de résorption sont favorables, des accidents d'intoxication : stomatite, entérite, néphrite, sont à craindre; le même danger existe avec les frictions.

Par contre, en injectant sous la peau un sel soluble, rien n'est laissé au hasard : il n'y aura tout juste que la quantité de mercure contenue dans la seringue qui sera absorbée et nous ne risquerons jamais de dépasser la limite des doses permises; si nous procédons avec prudence, ni stomatite, ni entérite, ni néphrite à craindre, ou du moins facilité de couper court à l'intoxication au moindre symptôme suspect, en suspendant les injections.

La supériorité des injections solubles sur tous les autres procédés de mercurialisation est tellement évidente sous ce rapport qu'elles

mériteraient de devenir la méthode usuelle de traitement de la syphilis, si elles n'avaient des inconvénients sérieux, des inconvénients inévitables ; après tout, l'administration du mercure en ingestion ou en frictions, conduite avec prudence, n'entraîne pas des accidents sérieux et, en réalité, nous n'avons pas besoin dans la syphilis d'une méthode très exacte et très précise d'administration du mercure.

Mais, il n'y a pas que la précision du dosage ; *les injections mercurielles se distinguent, entre tous les autres modes d'administration du mercure, par la promptitude et la sûreté de leur action thérapeutique;* faut-il insister sur cette particularité, qui fait en quelque sorte toute la valeur de la méthode hypodermique en général ?

A un sujet souffrant de névralgie ou tourmenté par l'insomnie, donnons du laudanum ou de la morphine par la bouche; nous attendrons souvent bien longtemps avant que la douleur se calme, que le sommeil vienne, quelquefois même nous attendrons en vain cet effet bienfaisant ou bien, nous ne l'obtiendrons qu'à un degré insuffisant.

Pratiquons au contraire une injection de morphine et nous pourrons garantir à notre malade qu'au bout d'un temps très court, il cessera de souffrir ou bien s'endormira.

Il ne va de même dans le traitement de la syphilis.

J'ai dit déjà, qu'à cause des aléa de l'absorption par le tube intestinal, bien des manifestations syphilitiques étaient réfractaires à la méthode par ingestion et ne cédaient qu'aux frictions; or, les frictions elles-mêmes peuvent rester en défaut, faute d'absorption suffisante.

Pareille chose n'arrive pas avec les injections solubles, car la dose de mercure déposée dans les tissus est fatalement reprise par le sang et l'économie avant de s'éliminer.

Aussi, *les injections sous-cutanées constituent une précieuse acquisition de la thérapeutique moderne de la syphilis contre les lésions réfractaires successivement à l'administration du mercure par la bouche ou en frictions* ; ici, l'indication est formelle, je ne saurais assez le dire.

Il est considérable le nombre de cas de plaques muqueuses des lèvres ou de la langue ou de syphilides de la peau, persistant inaltérées depuis des années, malgré les pilules de protoiodure, les frictions

mercurielles, les doses massives d'iodure, que j'ai réussi à faire disparaître — et souvent pour toujours — au moyen de quelques injections d'un centigramme seulement d'un sel mercuriel soluble!

Je l'ai dit déjà, de pareils faits montrent bien — ce qui n'est pas assez pris en attention par les praticiens — combien est aléatoire l'absorption par la voie digestive des médicaments actifs et quel gaspillage de mercure nous faisons par les procédés usuels de traitement de la syphilis.

Enfin, à cause de la promptitude et, ajoutons-le, de l'énergie de leur action, *les injections mercurielles sont à conseiller d'emblée en présence d'un danger pressant.*

Dans les lésions graves de l'œil ou du larynx, dans les encéphalopathies syphilitiques, dans toutes les manifestations viscérales ou même osseuses, j'ai dit qu'il fallait abandonner la voie buccale pour les frictions, mais il faut plusieurs jours aux frictions pour développer leur effet et ce temps perdu peut occasionner un préjudice irréparable; pourquoi alors ne pas employer au début concurremment les injections et les frictions, et s'en tenir aux frictions seules après quelques jours?

Fournier insinue dans son livre que les injections solubles n'ont d'activité bien démontrée que sur les lésions syphilitiques superficielles et bénignes et qu'à cause de la dose minime de mercure mise en œuvre, elles ne peuvent guère guérir des lésions graves ou profondes.

Une pareille dissociation des effets thérapeutiques du mercure, selon les lésions, serait bien étrange, et le professeur de Paris n'a garde de l'invoquer, quand il vante les effets curatifs du mercure sur la diathèse syphilitique; l'observation a fait justice d'ailleurs de cette objection : quand nous voyons des lésions cutanées rebelles céder si merveilleusement sous l'action des injections solubles, pourquoi ne pas admettre qu'elles agissent aussi puissamment sur les lésions profondes, et, si possible, sur la syphilis constitutionnelle?

Disons-le cependant : les injections, pas plus que les autres méthodes, ne paraissent guérir la syphilis et l'espoir que l'on avait fondé de rendre grâce à elles les récidives moins fréquentes, plus éloignées, sinon nulles, n'a pas été réalisé; j'aurai occasion de le redire à propos des injections insolubles.

Pour résumer ce que j'ai dit, *les injections sous-cutanées ne doivent intervenir qu'à titre d'exception dans le traitement de la syphilis*, à savoir, lorsque les autres méthodes sont inapplicables ou inefficaces ; je vais dire pourquoi elles ne peuvent constituer une méthode générale, usuelle du traitement.

Les injections mercurielles sont douloureuses ; je ne parle pas de la douleur de la piqûre, qui est négligeable, mais de la douleur qui, résultant de l'action irritante du remède, débute peu de temps après la piqûre ou le lendemain seulement ; rien de plus variable que son intensité et sa durée, non-seulement d'une personne à l'autre, mais chez la même personne, d'une injection à l'autre, selon la sensibilité individuelle, l'intensité de la réaction inflammatoire, l'endroit de l'injection ou la façon dont elle a été pratiquée. On s'est ingénié de toutes façons à trouver une formule qui pût être injectée sans douleur ; jusqu'à présent on n'a pas réussi à la trouver ; à force de se répéter, les injections finissent par devenir un véritable supplice, et ce serait de la barbarie que de vouloir les imposer journellement pendant tout le temps que doit durer le traitement intégral de la syphilis, c'est-à-dire pendant des mois ou des années. Je puis dire qu'il n'est déjà pas facile de les faire accepter pendant un temps suffisant dans les cas où elles sont réclamées impérieusement.

Dans les hôpitaux où l'on a voulu ériger en système la pratique des injections, les malades se sont rapidement dérobés au traitement, et comme on a dit, il n'y a pas de meilleur moyen pour faire le vide dans un service.

Il y a un autre inconvénient capital : *les injections mercurielles provoquent des phénomènes inflammatoires ;* ceux-ci, comme la douleur et pour les mêmes raisons, varient dans les limites les plus étendues. Il se forme régulièrement, aux endroits où le liquide a été déposé, des nodosités, habituellement du volume d'une noisette ou d'une noix, parfois grosses comme un œuf de poule, qui persistent toujours longtemps, plusieurs jours, parfois plusieurs semaines.

Ce n'est pas tant que ces nodosités soient douloureuses ; au moins elles cessent assez vite de l'être spontanément, mais elles restent longtemps sensibles au toucher et surtout à la pression, au point de gêner les mouvements et de rendre incommodes certaines attitudes.

S'il n'y avait pas les raisons que je viens d'indiquer, la nécessité pour le malade de recourir journellement à l'intervention du médecin constituerait déjà un obstacle à la vulgarisation des injections mercurielles solubles; le traitement deviendrait ainsi pour la clientèle privée assujétissant, onéreux et les allées et venues du médecin chez le malade ou inversément paraîtraient bien suspectes.

Disons enfin que le praticien aimera toujours mieux prescrire une potion, des pilules ou des frictions mercurielles que de procéder aux injections, car celles-ci, pour être tolérées, doivent être pratiquées avec beaucoup de soins, comme nous allons le voir en en exposant la technique.

Et d'abord, *à quels endroits faut-il injecter?*

On ne peut le faire indifféremment partout, car l'observation prouve qu'il y a des régions plus tolérantes que d'autres.

La chose n'a cependant pas l'importance pour les injections de sels solubles qu'elle a pour les injections de sels insolubles, et, sans parler de la figure, du cou et de la nuque, qui seront naturellement respectés, les premières peuvent être pratiquées impunément à peu près partout; toutefois, autant que possible, il est bon de *s'abstenir d'injecter sur les membres;* non-seulement les injections y déterminent plus de douleurs qu'ailleurs, mais encore elles entraînent facilement de l'engourdissement, de la parésie, de l'impotence.

Éviter également la région antérieure du tronc; au thorax, l'épaisseur des parties molles n'est pas suffisante en avant, surtout chez l'homme, et à l'abdomen, l'expérience des injections d'ergotine, pratiquées en cas de fibromes, prouve combien cette région est peu tolérante.

Choisir de préférence la région postérieure du tronc, et encore l'expérience a fait découvrir dans cette région plusieurs endroits qui sont de véritables *lieux d'élection* pour les injections mercurielles.

C'est d'abord la fossette *rétro-trochantérienne*, c'est-à-dire la dépression verticale qui longe en arrière le bord supérieur du grand trochanter; on lui a donné la préférence à cause du peu de sensibilité de la peau, à cause surtout de l'absence de pression à ce niveau dans toutes les attitudes, c'est-à-dire dans la position assise aussi bien que dans le décubitus latéral ou dorsal.

Il ne faut pas oublier cependant que le nerf sciatique n'est pas

éloigné de cet endroit et, quand le foyer inflammatoire est étendu, il peut retentir sur le nerf et occasionner de la boîterie pour quelques jours.

On a beaucoup vanté également la *région fessière* peu sensible, bien matelassée de graisse et de muscles, mais sur laquelle... il faut s'asseoir.

Enfin, il y a le bas de la colonne vertébrale, à l'endroit appelé l'*ensellure lombaire*; chez les sujets suffisamment dodus, je fais volontiers aussi les injections sur *la paroi postéro-latérale du tronc*, à partir de l'épine de l'omoplate jusque dans les flancs, parce qu'en ces endroits les nodosités inflammatoires sont peu gênantes.

Je ferai remarquer qu'en résumé les régions favorables aux injections sont précisément les plus défavorables pour les frictions et vice-versa.

A quelle profondeur faut-il injecter?

Avant tout, *éviter de déposer le liquide dans l'épaisseur du derme*; non-seulement ce serait excessivement douloureux, mais il en résulterait facilement des abcès ou des eschares; pour cette raison seule, nous ne pouvons guère songer à confier les injections aux malades, car, inexpérimentés comme ils le sont, retenus par la crainte d'augmenter la douleur ou de léser dans la profondeur un nerf, un vaisseau ou un organe important, ils n'enfoncent que timidement l'aiguille et s'arrêtent volontiers dans la peau; j'ai vu survenir ainsi plusieurs fois des plaques de sphacèle et consécutivement des ulcères, qui ne guérissent qu'après plusieurs mois, laissant une cicatrice indélébile bien désagréable.

Injecter profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les muscles. Pour les uns, et je suis de cet avis, il suffit que le liquide soit déposé dans le pannicule adipeux sous-cutané; pour les autres, il faudrait pénétrer plus profondément encore, au besoin en armant la seringue d'une canule très longue, et cela en vue de déposer le liquide dans l'épaisseur des muscles.

Ils prétendent que l'injection intra-musculaire est moins douloureuse que l'injection sous-cutanée et qu'elle produit moins de réaction inflammatoire; mais, d'autre part, s'il survenait par hasard un phlegmon, il serait d'autant plus pénible et plus grave qu'il siégerait plus profondément.

Il me suffira de dire qu'on ne doit pas craindre de pénétrer trop profondément, et qu'on peut *hardiment faire pénétrer l'aiguille de la seringue de Pravaz jusqu'à la garde en piquant perpendiculairement à travers la peau.*

Quelles sont les solutions qu'on peut injecter?

Un grand nombre de formules ont été proposées, et de temps en temps, les progrès de la chimie aidant, on en propose encore de nouvelles, mais, comme je l'ai déjà dit, la formule idéale n'est pas encore trouvée.

D'après l'opinion que tous les sels mercuriels passent, pour être absorbés, par l'état intermédiaire d'albuminates ou de peptonates, on a pensé qu'il y aurait avantage à les injecter sous cette forme, au point de vue de la tolérance des tissus et de la rapidité de l'assimilation.

L'expérience n'a pas confirmé cette déduction : les peptonates et les albuminates de mercure sont des composés mal définis, se décomposant aisément sous l'action de la chaleur, et partant d'une stérilisation difficile; on est pour ainsi dire obligé de les préparer au moment de les employer; leur préparation elle-même est malaisée et il faut les précautions les plus minutieuses pour obtenir des produits d'une asepsie irréprochable. C'est ainsi qu'ils déterminent une réaction inflammatoire plus intense, et des abcès plus fréquemment que les simples solutions aqueuses de sels mercuriels; les peptonates et albuminates de mercure ont été pour cela abandonnés; le benzoate n'a eu non plus qu'une vogue éphémère.

A mon avis, actuellement, il n'y a plus que deux sels mercuriels qui méritent de se disputer la préférence pour les injections solubles; c'est le bichlorure et c'est le cyanure.

Le *bichlorure* est un produit mieux connu, partant plus maniable, et le cyanogène, radical qui entre dans la formule du cyanure, pourrait inspirer des craintes; ces craintes toutefois ne sont pas fondées, car, s'il est vrai qu'il est plus toxique que le sublimé, le *cyanure* de mercure est un corps d'une stabilité parfaite; il est bien soluble dans l'eau, et ses solutions sont parfaitement stérilisables par la chaleur; d'autre part, il a sur le sublimé plusieurs avantages : il n'attaque pas le métal des seringues et ne coagule pas l'albumine — l'absorption du sublimé est retardée ou même contrariée du fait de la coagulation —

enfin les piqûres du cyanure sont sensiblement moins douloureuses que celles du sublimé; pour toutes ces raisons, je suis assez disposé à donner la préférence au cyanure.

Le sublimé s'emploie en simple solution aqueuse; l'adjonction de chlorure de sodium à la solution, à la dose de 7 1/2 p. 1000, constituant ce que l'on a appelé le *sérum artificiel bichloruré*, paraît faciliter la tolérance, au moins diminuer la douleur de l'injection ; je n'ai pas besoin de dire que l'alcool doit être proscrit des formules.

Le titre de la solution varie de 1 p. 100 à 1 p. 1000, et la dose quotidienne de sel injectée en une fois est de 1 à 2 centigrammes ; la solution du dr Lewin que voici :

Bichlorure d'hydrargyre	50 centigrammes.
Chlorure de sodium	1 gramme.
Eau distillée	50 grammes.

est à 1 pour 100; commencer par 1 gramme à la fois et atteindre au maximum la dose de 2 grammes; les injections sont douloureuses ; les solutions plus faibles sont beaucoup mieux supportées, par exemple, la solution au millième, mais il faut injecter 10 grammes à la fois ; comme tous les praticiens possèdent une seringue stérilisable de cette contenance, il n'y aura pas de difficulté de ce chef, mais la masse injectée étant plus considérable, le foyer inflammatoire sera plus volumineux et l'avantage peu appréciable : on peut répartir la dose en plusieurs piqûres, mais c'est multiplier les foyers douloureux.

Le cyanure se prescrit en simple solution aqueuse, soit :

Cyanure de mercure	1 gramme
Eau distillée	100 grammes.

La dose journalière est de un demi à 1 centigramme, de sorte qu'on injectera une demi-seringue d'abord, puis une seringue entière.

Comment faut-il pratiquer l'injection?

Il y a un point capital : *la petite opération doit être faite avec les plus minutieuses précautions d'asepsie, si l'on veut éviter d'infecter le foyer traumatique et, par suite, d'exagérer la douleur et la réaction inflammatoire ou de provoquer des abcès*; si ces précautions sont dans la pratique souvent laissées de côté pour les vulgaires injections de morphine, et cela, sans inconvénient appréciable, il n'en va pas de même dans le cas présent : la morphine est peu irritante pour les

tissus et ne crée pas des lésions favorables à la prolifération des microbes, comme les sels mercuriels.

Qu'on ne prétexte pas que les solutions au centième de sublimé et de cyanure sont par elles-mêmes antiseptiques ; telles quelles, elle ne peuvent être injectées impunément : il faut d'abord les filtrer pour les débarrasser de tout corps étranger, puis, les stériliser par l'ébullition ainsi que le flacon et le bouchon qui les renferme ; comme des souillures accidentelles peuvent chaque fois que le flacon est ouvert, s'y déposer, il sera toujours prudent de stériliser à nouveau le liquide immédiatement avant de s'en servir ; la stérilisation se fera le flacon fermé, car l'ébullition à l'air libre modifierait promptement le titre de la solution ; on aura soin de renouveler fréquemment les solutions.

Ce qui est surtout indispensable, c'est que la peau, à l'endroit où sera faite la piqûre, soit aseptisée avec le même soin que s'il s'agissait d'y faire une opération (lavage même brossage au savon, puis à l'alcool et au sublimé) et que la seringue, qui sera stérilisable, soit, avant chaque injection, aseptisée par l'ébullition.

Pour les injections de sublimé, il faut se servir d'une aiguille en platine iridié, non attaquable, et autant que possible, d'une seringue entièrement en verre ou à monture en caoutchouc ou en argent.

Les mains seront également aseptisées ; pour plus de simplicité, et, pour éviter le contact des doigts toujours suspects, j'ai l'habitude de faire bouillir avec la seringue une pince et un morceau de linge, qui me permettent de manipuler la seringue sans la toucher.

On a conseillé d'injecter en deux temps, soit en poussant d'abord l'aiguille seule, soit en poussant l'aiguille et la seringue à la fois, mais en retirant ensuite la seringue.

Dans les deux cas, l'aiguille plantée dans les tissus, on attend quelques instants afin de s'assurer qu'aucun vaisseau sanguin n'a été traversé, ce dont on s'apercevrait par l'issue d'une gouttelette de sang ; grâce à cette précaution, on évitera de lancer en un court instant dans la circulation une dose massive de mercure, accident qui pourrait occasionner des effets toxiques ; il est vrai que ces effets toxiques ne seraient jamais alarmants avec la petite dose administrée de sel mercuriel soluble ; nous verrons plus tard qu'il est indispensable d'injecter en deux temps avec les mélanges insolubles.

L'injection sera poussée lentement, très lentement; en procédant avec douceur, la douleur sera moins vive et la réaction locale moins intense ; l'aiguille sera retirée rapidement et tout en comprimant les tissus avec les doigts afin d'empêcher que le liquide ne reflue dans le trajet jusque dans l'épaisseur de la peau, où il provoquerait la douleur, voire un abcès.

Il est superflu de passer du collodion sur la piqûre, si l'on a soin de la comprimer quelques instants.

Combien souvent faut-il répéter les injections?

En règle générale, on fera *une injection par jour ;* on aura soin de séparer de plusieurs centimètres au moins les injections voisines, afin de ne raviver l'inflammation éteinte dans un ancien foyer par le voisinage d'un nouveau.

Dans les cas graves, on pourra faire deux injections par jour, ou même, si la tolérance du sujet a été constatée, injecter une dose de deux centigrammes à la fois de sublimé et de cyanure, ce qui permettrait d'espacer les injections de deux jours au moins, mais dans aucun cas, on n'ira au delà de cette dose.

Pour le nombre des injections, je m'en rapporte à ce que j'ai dit du nombre des frictions; toutefois, vu la sûreté et l'énergie des effets du mercure injecté sous la peau, une série ininterrompue d'une vingtaine d'injections sera généralement suffisante, soit pour obtenir l'effet thérapeutique désiré, soit pour constituer une cure mercurielle, après laquelle une suspension plus ou moins prolongée du traitement est désirable.

Dr DANDOIS.

LAVAGES VAGINAUX ET CHAUFFOIRS.

L'asepsie absolue est un idéal auquel il faut tendre en clinique, bien qu'on le sache à peu près irréalisable, comme toutes les perfections du reste. Si l'origine microbienne de certaines maladies infectieuses n'est plus contestable, l'expérience doit nous éclairer encore sur la valeur réelle de pas mal de moyens mis en usage contre les causes. En thérapeutique, lorsqu'on est bien fixé sur une indication à remplir, il y a toujours intérêt à se demander comment, ou par quel mécanisme le remède va l'atteindre. On peut blesser avec un bouclier.

Lavages vaginaux et chauffoirs antiseptiques paraissent bien, à première vue, deux paratonnerres rationnels contre l'infection puerpérale : nous allons voir que, dans certaines conditions, loin de la repousser ils l'attirent. Nous extrayons pour le montrer quelques pages du rapport dans lequel le dr A. De Cooman nous rend compte du stage qu'il vient de terminer dans notre nouvelle Maternité. M. De Cooman, qui nous a prêté dans l'organisation du nouveau service une assistance aussi dévouée qu'intelligente, ne nous est resté que quelques mois et n'a vu que 65 accouchements. Les 65 femmes sont sorties guéries de l'établissement, bien que 4 aient été atteintes d'infection; 1 d'éclampsie, 1 de placenta prœvia, 2 d'hémorrhagie post partum, et que cinq aient dû être délivrées par le forceps, 1 par la version.

« La température de toutes nos accouchées a été soigneusement relevée au moins deux fois par jour, de sorte qu'aucun mouvement fébrile, même léger, n'a échappé à l'observation. Si la *mortalité* a été nulle, nous avons eu trop de femmes présentant des élévations de température qui, pour avoir été passagères et sans suites fâcheuses, n'ont pas laissé que de nous préoccuper. Dans les locaux, absolument défectueux, de l'ancienne Maternité, cette *morbidité* ne nous aurait guère surpris, mais dans la nouvelle, où toutes les exigences de l'hygiène se trouvent réunies, elle nous étonne et nous avons dû en rechercher les causes. Nous croyons les avoir trouvées dans les lavages vaginaux et les chauffoirs.

Il est de règle dans le service que toute entrante, avant toute exploration, passe par le bain et, au sortir de l'eau, revête l'uniforme frais de la Maternité. Quelques femmes seulement ont échappé au bain préliminaire et c'est précisément parmi elles que nous avons noté les indispositions.

Toutes les explorations ont toujours été faites avec des doigts soigneusement désinfectés et enduits de vaseline antiseptique. La délivrance, sauf de très rares exceptions, a été toujours opérée sans réintroduction des doigts. Immédiatement après la délivrance, irrigation vaginale à l'acide phénique ou au sublimé. Ce lavage nous le répétions une ou deux fois le lendemain et le surlendemain.

Mais des doutes nous sont bientôt venus sur l'utilité et l'inocuité

de ces irrigations du vagin, auxquelles on a d'ailleurs déjà reproché d'enlever des épithéléons, de raviver des plaies, d'introduire des éléments septiques, de neutraliser les propriétés bactéricides du mucus etc. : — nous croyons qu'elles présentent un danger plus sérieux : la pénétration du liquide dans la cavité cervicale et utérine béantes.

On élève facilement le réservoir à 75 centimètres au-dessus du bassin de la femme et il n'est pas douteux que sous cette pression le liquide injecté ne puisse pénétrer dans le col, surtout si la canule est profondément introduite et le jet dirigé dans le col. Ne serait-il pas possible aussi que le liquide soit en quelque sorte aspiré par la matrice au moment d'un relâchement qui tend à produire le vide? La solution employée, fût-elle stérile, peut entraîner avec elle les microorganismes qui ont pris possession du vagin avant, pendant qu après l'accouchement. Or, ces microbes, inoffensifs le plus souvent dans leur premier cantonnement, peuvent devenir pathogènes dans le second, où la plaie placentaire leur offre un vaste terrain de culture.

Sans doute la quantité de liquide ainsi introduite est minime, mais c'est un mal plutôt qu'un bien, puisque dans l'irrigation abondante les germes ont plus de chances d'être dilués ou balayés par les eaux de lavage. Sans doute aussi se sert-on de solutions désinfectantes, mais leur pouvoir bactéricide est-il suffisant? On peut en douter; la solution est trop peu concentrée et son contact avec les germes est trop peu prolongé pour les stériliser sûrement.

Si je suis peu enthousiaste des lavages vaginaux, pratiqués immédiatement après la délivrance et pendant les premiers jours des couches, je le suis moins encore des *chauffoirs*.

Jusqu'au jour où j'ai cru pouvoir leur attribuer un cas d'infection, voici quelle était notre pratique coutumière :

La délivrance terminée et les organes génitaux lavés avec la solution antiseptique qui servait à l'irrigation, nous appliquions sur la vulve une large compresse au sublimé. Ce linge était glissé sous le siège d'une part et attaché d'autre part au bord inférieur du bandage de ventre. C'était en réalité, un pansement occlusif.

Le jour, ce pansement était fréquemment renouvelé, mais non la nuit, de manière qu'il lui arrivait de rester une dizaine d'heures en place, et alors de dégager une odeur nauséabonde, témoin des fer-

mentations qui se produisent si facilement à la chaleur du lit. La précaution que nous prenions d'imbiber le chauffoir de sublimé avant de l'appliquer, n'était qu'une garantie illusoire, car les albumines des lochies en contact *immédiat* avec le sublimé se coagulent et forment avec lui des albuminates sans aucune vertu antiseptique, incapables de stériliser les liquides retenus plus haut. Les soins que nous croyions prophylactiques avaient donc pour résultat de retenir une culture de microbes contre les érosions vaginales et de favoriser plutôt que d'empêcher l'infection ascendante : nous enfermions le loup dans la bergerie.

Chez une de nos malades l'infection s'est produite manifestement dans ces conditions. Nous avons aussitôt changé de tactique : pendant le 1er et même le 2me jour, compresses au sublimé, renouvelées toutes les heures; pendant la nuit, sous le siége de l'accouchée des alèzes épaisses, couvertes d'un linge au sublimé, sur lesquelles les lochies s'écoulaient librement. Après la suppression des compresses, et même durant leur application, lavages fréquents avec du sublimé ou de l'acide phénique, puis après 4 jours, avec de l'eau bouillie.

Du moment où nous avons renoncé aux irrigations vaginales et aux chauffoirs occlusifs laissés toute une nuit à demeure, la morbidité a disparu de nos salles.

Toutes les fois que nous avons constaté un peu d'hyperthermie, l'accouchement avait été anormal soit par sa durée, soit par ses difficultés, soit par les interventions qu'il avait réclamées. Une seule pluripare a eu des couches fébriles, mais aussi chez elle l'accouchement avait été plus long et plus dur que chez les primipares.

Si la longueur et les difficultés du travail et, aussi, les interventions obstétricales ont une si grande influence sur la genèse des pyrexies post-puerpérales, n'exagérons-nous pas la nocivité des lavages vaginaux et des chauffoirs? — et ne pourrait-on nous objecter : si chauffoirs et lavages sont des causes d'infection, pourquoi ne produisent-ils pas leurs fâcheux effets aussi bien après les accouchements faciles et naturels qu'après les laborieux et les artificiels? L'objection serait décisive si l'on ne pouvait répondre que ces pratiques ne sont que des causes *occasionnelles* d'introduction de germes pathogènes, n'agissant souvent qu'à la faveur des causes prédisposantes qui ont affaibli ou

détruit les moyens de défense de l'organisme contre les invasions microbiennes. Chez la femme laborieusement accouchée les tissus du tractus génital, longtemps et fortement comprimés ou distendus, ont perdu de leur vitalité; il s'y est produit des œdèmes, des ecchymoses, des érosions et des déchirures; la matrice se rétracte mal et laisse ouvertes des portes qu'elle a mission de tenir fermées; il a fallu toucher plus souvent; et, enfin, souffrances, efforts et surmenage ont déprimé l'état général. Toutes ces conditions sont éminemment favorables à la pullulation des germes préexistants ou fortuitement introduits dans les voies génitales.

De ce que j'ai vu, je tire, pour moi, cet enseignement qu'un chauffoir, même sublimé, laissé en place toute une nuit, est dangereux. Quant aux irrigations vaginales, pratiquées pendant les couches je crois qu'il est bon de s'en tenir à ceci : « Dans les premiers jours des » couches s'il n'y a pas de fièvre, il faut s'abstenir de toucher aux » organes génitaux internes (1). » Dans les cas suspects, où il a fallu introduire la main ou des instruments, ce n'est pas l'irrigation vaginale, mais le grand lavage intra-utérin qui convient.

Si les lavages vaginaux, recommandés systématiquement comme moyen prophylactique de l'infection, nous apparaissent comme allant à l'encontre du but — nous continuons à considérer, dans l'infection déclarée, les irrigations intra-utérines comme une précieuse ressource : quand bien même elles ne désinfecteraient pas du coup le foyer, elles s'opposent aux stagnations ou aux résorptions et enraient ou retardent le développement des germes qu'elles n'auraient pas entraînés. »

EUGÈNE HUBERT.

LA GRAVITÉ DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

Dans un article précédent nous avons reproché au professeur Pinard de n'avoir tenu compte, pour fixer la gravité de l'opération césarienne, que des résultats obtenus par deux professeurs allemands exceptionnellement habiles et heureux — et nous avons opposé à ses

(1) E. Hubert, *Cours d'accouch.*, 1892. T. I, p. 515.

chiffres ceux que nous avions trouvés de notre côté. Peut-être où notre collègue de Paris voit trop en rose, avons-nous vu trop en noir.

Nous allons tâcher de trouver une moyenne qui, mieux que les extrêmes, a des chances d'exprimer la réalité des choses. En attendant qu'on nous fournisse le compte de tous les cas publiés depuis l'introduction dans la pratique de ces deux progrès : l'asepsie et la suture utérine, nous prendrons la statistique la plus importante que nous connnaissions, celle de Caruzzo (1) et nous y ajouterons les résultats, plus récents, obtenus par les trois professeurs allemands qui ont fait le plus d'opérations césariennes.

Allemagne	74	cas :	femmes mortes	11 ;	enfants morts	5
États-Unis	18	»	»	10	»	4
Autriche	16	»	»	4	»	1
Russie	8	»	»	3	»	0
Italie	4	»	»	2	»	0
France	4	»	»	2	»	0
Hollande	4	»	»	0	»	0
Angleterre	2	»	»	2	»	0
Suisse	2	»	»	1	»	0
Indes	2	»	»	1	»	0
Danemarck	1	»	»	0	»	0
Léopold	100	»	»	10	»	13
Zweifel	51	»	»	1	»	(?)
Olshausen	29	»	»	2	»	3
	315	cas :	femmes mortes	49 ;	enfants morts	26

Donc une mortalité maternelle de 15.5 p. c. et une mortalité fœtale de 8.2 p. c.

Cette rectification de chiffres ne nous entraîne à modifier aucune de nos conclusions. Pour la mère la section césarienne reste plus redoutable que la symphyséotomie et, surtout, que l'accouchement prématuré artificiel. Pour l'enfant il reste vrai, malgré toutes les statistiques, qu'on ne saurait le considérer comme ayant à courir 8.2 chances de mort sur 100 : il est trop clair que si l'on vient à son secours à temps, on *doit* toujours l'avoir vivant !

EUGÈNE HUBERT.

(1) *Die neuensten Ergebnisse des conservativen Kaisersnitte Uterus* (Arch. für Gynœk. Band XXXIII. Hft 2).

INVERSION UTÉRINE COMPLÈTE TRENTE-SIX HEURES APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

La rareté de l'accident (1 sur 200,000 accouchements) et les conditions dans lesquelles il s'est produit, font l'intérêt de l'observation que nous publions.

Mme X, primipare, accouchée le 7 octobre dans la matinée au forceps, est prise dans l'après-midi d'une forte hémorrhagie que son médecin ne parvient à arrêter qu'avec peine, parce que la matrice se rétracte mal.

Le lendemain, à 7 1/2 heures du soir, au moment où elle fait effort pour uriner pour la première fois depuis son accouchement, Mme X. éprouve subitement une atroce douleur et perd un flot de sang.

Au moment de mon arrivée l'hémorrhagie est arrêtée, mais la malade est exsangue, presque sans pouls, et il lui sort des organes une tumeur grosse comme une tête d'enfant, dure, très sensible au toucher et recouverte encore de débris de membranes.

A l'hypogastre je ne trouve pas le globe utérin, mais, très profondément, la dépression en cul-de bouteille du renversement. Dans le vagin entourant le pédicule, le bourrelet circulaire caractéristique de la partie sous vaginale du col, non retournée.

Me rappelant la parole de Barnes : « Ne soyez pas découragé par ce que vous entendez dire qu'après quelques heures l'inversion est irréductible : la réduction n'est qu'une question de temps, le col doit se relâcher » — je me mis, sans perdre de temps, à essayer de réduire une inversion qui datait de 2 heures.

En raison du volume, de la dureté ou de la tension de la tumeur, que je ne m'expliquais pas, je crus devoir d'abord lui faire subir un massage : à mon grand étonnement chaque pression provoquait un jet d'urine, et au fur et à mesure que l'urine s'échappait la tumeur diminuait de volume et de rénitence : la vessie se trouvait donc remplir le sac utérin renversé.

Aussitôt la vessie vidée je pus faire rentrer la matrice dans le vagin. Restait à lui rendre sa forme normale. J'introduisis toute la main, et la paume appliquée sur le fond de l'organe, les doigts insinués dans le collet circulaire formé par le col, je me mis à appuyer doucement

sur le fond de la rainure, de manière à réduire les premières les parties qui s'étaient renversées les dernières.

Au bout de 20 minutes, le fond de la matrice repassait le col, et au même moment, le sang se remettait à couler abondamment.

J'introduisis le poing dans la cavité utérine et, par le massage, des injections très chaudes et l'ergotine, j'eus bientôt raison de l'inertie et du saignement. Je ne retirai la main qu'au bout d'un quart d'heure, au moment où l'organe commençait à vouloir l'expulser.

Les suites furent absolument bénignes et l'involution utérine se fit régulièrement.

Quelle est la cause de cette inversion, se produisant 36 heures seulement après la délivrance? — Une inertie profonde d'abord, qui s'est traduite par des hémorrhagies, — puis, pendant un effort de miction, la pression abdominale, enfonçant le sac urinaire distendu dans le sac utérin inerte.

L'hémorrhagie qui avait cessé par le renversement a repris par la réduction. Le fait s'explique aisément : l'inversion a fléchi, étiré ou comprimé les artères ovariques et utérines; la réduction, en les remettant dans leur situation normale, y a rétabli le cours du sang.

Pour l'opération nous avons suivi le conseil de notre maître : faire rentrer les premières les parties qui sont sorties les dernières. C'est plus rationnel et plus facile qu'agir sur le fond.

Dr J. DE KONINCK.

L'HYDROTHÉRAPIE DARIS L'INSOMNIE.

Nous empruntons les considérations qui suivent à un travail de B. Buxbaum, assistant du savant hydrothérapeute de Vienne, le prof. Winternitz. *Therap. Monatsh.*, 1899, 8.

Les agents hypnotiques d'ordre physique ont sur leurs congénères d'origine chimique l'avantage considérable de réunir avec la certitude et l'inocuité des effets une action curative s'adressant à la cause même du trouble pathologique.

L'hydrothérapie de l'insomnie repose sur ce fait fondamental et dûment prouvé que le sommeil dépend de l'anémie du cerveau et de ses enveloppes. Se basant sur cette donnée physiologique, l'hydrothé-

rapie s'efforce de provoquer une déplétion sanguine de la cavité crânienne. Pour obtenir cet effet il n'est pas de moyen plus efficace que l'*enveloppement humide*. Ce procédé donne tous les jours les meilleurs résultats non-seulement chez les aliénés, mais encore chez les neurasthéniques et les fébricitants. Il ne sera pas sans utilité d'exposer encore une fois la technique de l'enveloppement humide : on commence par une affusion froide de la tête, du front et des yeux du patient, suivie aussitôt d'un enveloppement froid de la tête. On enveloppe ensuite le patient dans un linge humide, mais tordu de manière que l'enveloppement vienne en contact intime avec la peau sur tout le corps jusqu'au cou inclusivement. On doit veiller particulièrement à ce que le linge humide soit insinué dans les espaces laissés entre le tronc et les bras et entre les membres inférieurs.

On enferme ensuite le patient enveloppé de son drap humide dans une couverture de laine. Quand l'enveloppement est achevé, on renouvelle l'application froide de la tête et l'on ouvre les fenêtres de la chambre du patient. La durée de l'enveloppement ne doit pas être prolongée au point que la chaleur accumulée provoque une accélération de la circulation ou la diaphorèse.

On peut fixer comme durée moyenne chez des personnes à température normale trois quarts d'heure à une heure, quitte à revenir à un nouvel enveloppement si l'effet n'est pas obtenu. Cela est du reste exceptionnel. Habituellement le patient s'endort d'un sommeil calme et profond après une demi-heure. L'auteur a expérimenté chez de nombreux patients que 2 ou 3 semaines de ce traitement ont suffi pour guérir définitivement de leur insomnie. Chez quelques patients l'enveloppement, pratiqué comme il vient d'être décrit, provoqua une excitation, une angoisse qui disparut en commençant l'enveloppement par les aisselles en laissant les bras en dehors du linge humide. On doit néanmoins dans ces cas envelopper le cou, les aisselles et les épaules à l'aide d'une bande humide croisée et couvrir le tout d'une bande de laine sèche. Cet enveloppement ainsi modifié peut s'appliquer sans danger aux personnes atteintes de faiblesse cardiaque, si on prend la précaution de poser sur la région du cœur un petit appareil, composé d'un long tube de caoutchouc enroulé en forme de spirale et dans lequel passe un courant d'eau froide.

L'enveloppement humide du tronc couvrant le corps depuis les aisselles jusqu'à la symphyse pubienne est un moyen hypnotique et calmant de premier ordre. Le matin au réveil on soumettra le patient à une lotion froide, à une douche en pluie ou à un demi-bain pour combattre l'affaiblissement de la peau, favoriser la contractilité vasculaire et diminuer l'excès de chaleur accumulée à la surface de la peau.

Nous pouvons encore ranger parmi les moyens hypnotiques de cet ordre les demi bains de 25°, refroidis progressivement à 20° en évitant les frictions et les affusions trop énergiques; on peut en dire autant des bains complets de 26° à 28° c. en laissant soigneusement de côté toute excitation mécanique (essuyer légèrement le corps). Ces deux derniers procédés sont particulièrement avantageux dans le traitement des neurasthéniques, paralytiques, tabétiques avec douleurs lancinantes et des fébricitants avec délire. Pour éviter toute congestion par contre coup, on doit au préalable laver à l'eau froide la tête, le front et les yeux et couvrir la tête d'un enveloppement froid.

Parmi les procédés hydrothérapiques capables de produire la déplétion sanguine du cerveau, nous pouvons encore ranger les *bains de siège froids* et de courte durée (bains de 18° 5° c. pendant 5 minutes). Les *bains de pieds dans l'eau courante* jouissent des mêmes propriétés. On peut improviser ces derniers à l'aide d'une cuvelle percée de 2 ouvertures dont l'une reçoit le courant d'eau d'une canalisation et dont l'autre sert d'écoulement. Ces deux derniers modes sont contre-indiqués en cas d'inflammation ou d'hypérémie des organes du bas-ventre, d'hémorrhagies génitales ou d'irritabilité des organes sexuels : pollutions, ténesme.

Les enveloppements de Priesnitz autour des jambes, spécialement recommandables pour les femmes à la ménopause ou pendant la menstruation, la promenade pieds nus dans l'herbe humide ou dans l'eau, l'application surla tête du bonnet réfrigérant, constitué essentiellement pâr un tube enroulé dans lequel circule de l'eau, refroidie progressivement de 12° à 0° et reportée ensuite lentement à la température initiale dès que l'effet est obtenu, tous ces divers procédés jouissent de la même propriété déplétive sur le cerveau, et sont des moyens hypnotiques recommandables.

Il arrive assez fréquemment que l'insomnie est provoquée par le battement des vaisseaux dans l'une ou l'autre partie du corps. L'auteur a eu beaucoup à se louer dans ces cas de l'emploi de demi-bains (22° 20°) suivis de l'application sur la région précordiale du tube refrigérant décrit plus haut. Les bains en pluie lui donnèrent également de bons résultats. Enfin, dans la tachycardie nerveuse, les névroses du cœur et même dans les affections organiques de cet organe, l'emploi du tube précordial ne manqua jamais de provoquer le sommeil désiré.

Dr E. LONCIN.

LA MORPHINE ET SES DÉRIVÉS DANS LES AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

L'usage de la morphine dans les affections des voies respiratoires

se heurte à tant d'inconvénients que le praticien est souvent tenté d'accepter avec empressement des succédanés dont on ne manque pas d'ailleurs de vanter les avantages. Sous l'empire de ces influences nous avons pu voir s'introduire dans la thérapeutique trois dérivés de la morphine : la codéine, la dionine et tout récemment l'héroïne. La question est de savoir si nous sommes en droit de regarder ces diverses acquisitions comme des apports de valeur dans l'arsenal thérapeutique. Nous essayerons de répondre brièvement à la question en mettant à contribution le travail que le dr Winternitz consacre à ce sujet dans le no 9 de la *Therap. Monatsheft*, 1899.

Les expérimentateurs sont d'accord pour admettre que la *morphine* provoque 1° une diminution de l'excitabilité du centre respiratoire, 2° un ralentissement des mouvements respiratoires, 3° une diminution d'amplitude de ces derniers. Les données des expériences sur les animaux concordent absolument avec celles des expériences sur l'homme pour ce qui regarde la morphine. Il n'en est pas de même pour les dérivés de cet alcaloïde. Aussi les auteurs émettent-ils les opinions les plus contradictoires sur la valeur respective de ces dérivés suivant que leurs affirmations reposent sur les expériences sur l'animal ou sur l'homme. Il importait donc de fixer par de nouvelles recherches sur l'homme l'action des nouveaux agents thérapeutiques.

Winternitz est arrivé aux conclusions suivantes : les dérivés de la morphine se divisent en deux groupes dont l'un, représenté par la *codéine* et la *dionine* est la morphine, plus un radical alcool ; le second est représenté par l'*héroïne* et répond chimiquement à la morphine, plus un radical acide. L'incorporation de ce radical alcool à la morphine atténue les effets déprimants de cet alcaloïde sur l'appareil respiratoire, tandis que l'introduction du radical acide exalte ces effets. En conséquence, tandis que la codéine et la dionine n'influencent guère l'appareil respiratoire de l'homme, l'héroïne provoque une diminution considérable de la respiration et de l'excitabilité du centre respiratoire.

Que faut-il penser au point de vue clinique de cette action sur l'appareil respiratoire de la morphine et de ses dérivés ?

« Penzold est d'avis que la morphine doit être formellement proscrite de la thérapeutique de l'appareil respiratoire chez les enfants, les vieillards et les débilités où la diminution même légère de l'activité respiratoire expose à des dangers. »

L'héroïne qui n'est que de la morphine renforcée est donc à condamner sans réserves dans ces cas. La codéine ou la dionine qui lui est très voisine sont en mesure de nous donner toute satisfaction. Elles diminuent l'excitabilité, l'irritabilité des voies aériennes sans entraver

l'expectoration, car, comme il a été démontré par l'auteur et par la clinique, ils n'influencent aucunement ni le centre ni les mouvements de l'appareil respiratoire. Dr E. L.

—

DIAGNOSTIC DE LA PLEURÉSIE PAR LA TOUX.

Il n'y a pas de maladie plus souvent méconnue que la pleurésie ; cela tient, comme le montre le dr Milian dans la *Presse médicale*, à la pénurie de symptômes fonctionnels dans cette affection : frisson nul ou peu marqué, point de côté peu intense, expectoration nulle, dyspnée souvent absente, température peu modifiée.

Il arrive même que les signes fonctionnels manquent totalement. Les observations fourmillent d'individus qui vont et viennent, vaquent à leurs affaires, avec un épanchement qui leur emplit un côté de la poitrine.

La mort subite peut même être, et cela est bien connu, le premier symptôme de la maladie.

En réalité, souvent rien n'attire l'attention vers le thorax, on n'ausculte pas et l'épanchement se collecte insidieusement.

Or, il existe un symptôme qui est capable de mettre le médecin sur la voie et que l'auteur a cherché à mettre en relief ; c'est la toux, qui se présente avec des caractères particulières.

Ces caractères s'observent aussi bien dans les pleurésies secondaires que dans la pleurésie primitive, dans les pleurésies suppurées que dans les pleurésies séro-fibrineuses. Elle existe aussi bien avec les épanchements du côté droit qu'avec ceux du côté gauche. Pourtant les pleurésies droites semblent s'en accompagner plus volontiers.

La pleurésie sèche n'en est guère accompagnée, c'est dire que la toux n'apparaît qu'en même temps que se collecte l'épanchement.

La toux du pleurétique est courte, fréquente ; ce sont de petits coups de gosier successifs et pressés, très fatigants. *Elle prend souvent le caractère quinteux ;* assis sur son lit, le malade éprouve au gosier un chatouillement inextinguible, tellement prolongé qu'il tousse indéfiniment, à perdre haleine, la face congestionnée, la poitrine douloureuse, la tête brisée. Ces quintes sont d'autant plus pénibles que la douleur due à la présence de l'épanchement en est encore exaspérée.

C'est une toux sans expectoration, une toux « sans but », une toux *sèche*. Elle peut être suivie du rejet de quelques mucosités, de salive mousseuse, mais non d'un crachat purulent. D'où viendrait-il en effet ? Un tuberculeux pulmonaire secondairement pleurétique pourrait à la rigueur le fournir, mais, même dans ce cas, l'expectoration serait loin d'être proportionnée à la fréquence de la toux.

Outre ces caractères spéciaux, ce qui lui donne un cachet définitif et pathognomonique, ce sont *les conditions dans lesquelles se produit la toux des pleurétiques*.

Le pleurétique ne tousse pas au hasard du moment, il tousse toujours dans des circonstances déterminées : lorsqu'il fait un mouvement dans son lit, lorsqu'il ingurgite un liquide, lorsqu'on pratique sur lui la thoracenthèse. C'est toujours à l'une de ces occasions que survient la toux. Il est certain que la première de ces causes est la plus ordinaire. *Dès que le pleurétique s'agite, s'assied sur son lit, change de position, la toux survient.* Il en arrive à redouter de se mouvoir, car il sait que ses mouvements seront payés d'une quinte. Une autre conséquence du fait, c'est que *la toux est surtout diurne* ; le sommeil de la nuit n'est pas troublé par elle, à moins qu'un cauchemar ou la fatigue d'une pose ne fassent inconsciemment remuer le dormeur qui se réveille alors secoué par la toux.

L'ingestion des liquides produit les mêmes effets que les mouvements, mais ce sont surtout les liquides froids qui les occasionnent ; spontanément, les malades boivent chaud pour les éviter. Les aliments solides ne paraissent pas avoir les mêmes inconvénients.

La toux est surtout grave lorsqu'elle se produit pendant la *thoracenthèse*. On sait combien il est fréquent de l'observer au cours de cette petite opération, alors même que la ponction est conduite avec la plus grande lenteur. Cinq cents grammes, 800 grammes de liquide sont extraits, et la toux se montre, d'abord petite, puis fréquente, puis quinteuse. L'opérateur s'arrête, attendant la fin de l'accès, puis reprend ; mais la toux réapparaît vite, plus violente que la première et oblige l'opérateur à s'arrêter définitivement. C'est pis encore quand, le niveau du liquide ayant baissé au-dessous du point où a porté la piqûre, le manchon du trocart vient chatouiller la surface du poumon, dont elle transmet les mouvements d'expansion à la main qui le tient. Alors la quinte est irrésistible. Elle persiste longtemps après l'opération ; heureux quand elle ne s'accompagne pas de l'expectoration albumineuse, symptôme grave de pronostic souvent mortel.

La toux de la pleurésie est due à l'irritation des filets terminaux du nerf vague par le liquide pleural ; le liquide, en se déplaçant avec le malade, vient glisser et frôler des régions de la plèvre voisines de celles qu'il occupait et qui ne sont pas accoutumées à sa présence, d'où l'irritation nerveuse et la toux réflexe. Cette interprétation est si vraie que dans les épanchements très abondants où la poitrine est pleine, où, par suite, aucun point nouveau de la plèvre ne peut plus être touché par le liquide, la toux n'existe plus : elle a disparu quand l'épanchement a augmenté.

Quoi qu'il en soit, la valeur séméiologique de la toux pleurétique est considérable. On peut en schématiser l'expression en disant que *tout malade pris subitement de quintes de toux sèche par le fait d'un brusque changement de position est un pleurétique.* La connaissance de ce petit précepte, que Peter avait autrefois exprimé sous une forme analogue, peut empêcher de méconnaître un épanchement chez un malade ambulant qui, par suite du peu d'intensité des autres symptômes fonctionnels et son bon état général, n'invite pas le médecin à l'examen des viscères et à l'auscultation du poumon ; il dénonce aussi l'apparition d'un épanchement chez le tuberculeux dont le médecin ausculte minutieusement les sommets, tandis qu'il se repose entièrement sur le bon état habituel des bases.

Il faut faire remarquer, cependant, que la toux quinteuse peut survenir dans des conditions analogues, c'est-à-dire à l'occasion de brusques changements de position, chez des malades atteints de *caverne*, de *dilatation des bronches* ou de *vomique*. Là, en effet, les conditions pathogéniques de la toux sont identiques : le liquide de la caverne, ou de la dilatation, ou de la vomique se déplace à l'occasion des mouvements, visite des régions nouvelles, c'est-à-dire d'autres terminaisons nerveuses qu'il irrite en amenant la toux. Mais il y a un caractère différentiel suffisant à lui seul (pour ne pas parler de l'auscultation), c'est que la toux ainsi provoquée s'accompagne d'expectoration.

La toux des pleurétiques, qui est souvent le symptôme capital de la maladie, à coup sûr, le plus pénible, réclame un *traitement* spécial.

Dans les cas bénins, *quelques recommandations prophylactiques* pourront suffire : *immobilité relative* au lit, *défense de parler*, usage de *boissons chaudes*. Mais le plus souvent, il faudra recourir aux médicaments, et nous en possédons un merveilleux, *la morphine*.

S'il s'agissait d'un accident passager, on pourrait conseiller la morphine en piqûre, mais, comme la médication doit forcément être prolongée, il vaut mieux s'abstenir de ce mode d'administration et donner l'opium par la bouche.

Le laudanum est la préparation opiacée qui paraît le mieux réussir, prétend l'auteur. Il faut l'administrer à doses élevées et fractionnées, de manière à ce que le sujet soit toujours sous son influence.

Pour un adulte, on prescrira sans crainte 15 gouttes à répéter quatre fois dans la journée.

Si le malade ne peut supporter le goût désagréable du laudanum, on lui donnera :

Gouttes noires anglaises. XV gouttes

Ce vinaigre d'opium est une préparation très active ; prescrite à

la dose de XV gouttes par jour, elle correspond à un peu plus de 2 centigrammes de morphine.

Les *inhalations d'éther* fréquemment renouvelées, en faisant respirer au malade un tampon d'ouate hydrophile imbibé de ce liquide, seront un bon adjuvant de la médication opiacée.

Pour prévenir la toux de la paracenthèse, faire l'opération le sujet couché et avec la plus grande lenteur : si la toux survient malgré ces précautions, une piqûre de morphine de 0,01 centigramme serait la médication d'urgence à employer. En deux ou trois minutes elle atteint tout son effet et procure, outre un soulagement immédiat, une sensation générale de bien-être. L. D.

—

INFLUENCE DE LA FATIGUE ET DU REPOS SUR LA TEMPÉRATURE DES TUBERCULEUX.

Nous avons déjà signalé des faits analogues à ceux dont s'occupent les drs Daremberg et Chuquet dans la *Revue de médecine*.

Ils ont voulu démontrer que des influences *physiologiques* multiples, fatigues de toute nature, digestions difficiles, menstruation etc., produisent des réactions thermiques délicates à observer, mais suffisamment appréciables pour constituer un important élément de diagnostic de la tuberculose ; le tuberculeux est, comme ils disent, en état d'instabilité thermique ; cette instabilité peut être utilisée non seulement pour le diagnostic, mais aussi pour savoir si les tuberculeux sont guéris et peuvent être rendus à la vie commune.

C'est ainsi que souvent, l'examen permanent de la température d'un tuberculeux ayant toutes les apparences de la guérison permet de constater que sa maladie reste toujours latente. Elle le montre par ces deux faits constants : 1° élévation de la température après la marche, quelle que soit l'heure à laquelle la marche est effectuée; 2° abaissement de la température dès que le malade se repose vingt ou trente minutes. C'est l'ensemble de ces faits qu'ils considèrent comme un élément très important du diagnostic de la tuberculose latente, débutante ou incomplètement guérie. Il convient d'ajouter que les écarts entre la température du repos et celle de la fatigue doivent avoir une amplitude de plusieurs dixièmes de degré pour présenter une valeur indiscutable, et en outre, il faut que les observations thermométriques soient faites pendant une dizaine de jours pour avoir une importance diagnostique.

Toujours est-il que, d'après les auteurs, toutes les fois que le médecin est en présence d'un cas douteux de tuberculose pulmonaire, il doit prescrire au malade de marcher tous les jours de trois heures à quatre

heures de l'après-midi, de prendre sa température buccale ou rectale immédiatement enr entrant, de la reprendre une heure après, lorsqu'il se sera reposé, et de répéter cette expérience pendant dix jours de suite. Si, chaque jour, l'écart entre les températures de la marche et du repos atteint quatre à cinq dixièmes, si, d'autre part, la température de quatre heures est plus forte les jours où il a marché que les jours où il s'est reposé, le malade est tuberculeux..

Ils ajoutent avoir constaté un très grand nombre de fois que, chez l'homme sain, les marches ne font pas varier la température ou produisent seulement une élévation de deux à trois dixièmes de degré.

Ils rapportent également des exemples d'écarts de température, aussi fugitifs qu'élevés, qui se manifestent chez des tuberculeux sous l'influence d'un travail digestif pénible ou bien au moment des règles.

Il font observer encore que, souvent les tuberculeux latents ont, sans raison apparente, une poussée de fièvre de 39°-40° durant dix à vingt heures, au milieu de la santé la plus florissante en apparence. Il faut se méfier de ces fièvres éphémères ; il faut s'en méfier surtout si les sujets, enfants ou adultes, ont eu auparavant des fièvres typhoïdes anormales, de longue durée ou à ancienne poussée de bacillose aiguë, à forme typhoïde, et qui sont restés des tuberculeux latents.

Le thermomètre, comme il résulte de ces faits, rend les plus grands services au médecin qui soigne les tuberculeux et il faut engager les malades à en faire un constant usage.

Il est un important agent de diagnostic et de pronostic, il est aussi un guide rigoureux pour l'institution d'un régime hygiénique permettant d'éviter les fatigues et les aliments indigestes. Souvent il indique qu'il faut cesser immédiatement l'essai malencontreux de médications intempestives. L. D.

—

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE CHEZ LES TUBERCULEUX.

La diarrhée, en entravant la suralimentalion, constitue chez les tuberculeux un accident grave ; elle peut, comme le rappelle le dr Plicque dans la *Presse médicale*, dépendre de causes multiples ; ainsi, elle peut dépendre de la suralimentation elle même. Cette diarrhée par indigestion est particulièrement fréquente chez les tuberculeux arthritiques. Elle peut dépendre de certains traitements médicamenteux mal tolérés. Elle peut, enfin, et cette troisième forme est la plus grave, être liée à des ulcérations intestinales.

A la période cachectique de la phtisie, certaines diarrhées, enfin, ne sont qu'un accident ultime et ne réclament qu'un traitement symptomatique : injections de morphine, lavements laudanisés.

Diarrhée par suralimentation. La suralimentation peut devenir une cause de diarrhée; prêsque toujours, et surtout chez les arthritiques, cet inconvénient tient à une suralimentation trop riche en matières grasses. Qu'il y ait défaut de saponification des graisses ou défaut d'absorption, on peut même observer en ce cas une véritable stéarrhée. Tantôt la graisse non digérée forme de petites boules blanchâtres, tantôt une sorte d'enduit gras. L'huile de foie de morue, les conserves à l'huile doivent être supprimées du régime de ces malades. Le beurre lui-même ne doit être donné qu'en quantité minime. Le bouillon semble souvent nuisible, d'une part, en raison de la graisse, d'autre part, en raison du sel qu'il contient. De tous les aliments riches en graisse, les jaunes d'œufs sont certainement, chez ces tuberculeux diarrhéiques, les moins mal tolérés. Les huîtres, enfin, qui constituent d'ordinaire une des grandes ressources de l'alimentation, paraissent dans cette forme assez souvent nuisibles, cet effet nocif semblant tenir en partie à l'eau salée qu'elles renferment.

La suralimentation sera donc, en pareil cas, assurée surtout par la *viande de mouton crue*, par les *poudres de viande* de préparation récente et par les *poudres de légumes*. La tolérance pour le lait est extrêmement variable, suivant les individus. Tantôt il constitue un des meilleurs remèdes, tantôt il est absolument intolléré. L'adjonction de blancs d'œufs battus, l'addition d'une eau minérale alcaline ou d'eau de chaux, peuvent parfois amener la tolérance.

En cas d'intolérance absolue pour le lait, il est fréquent de voir le *képhir* très bien supporté et diminuant rapidement le flux diarrhéique. Cette action du képhir paraît due à l'acide lactique qu'il contient.

Chez les tuberculeux diarrhéiques, un long repos après le repas est presque toujours un bon moyen de diminuer la diarrhée. L'usage des boissons chaudes : thé, vin chaud, lait chaud aux repas peut également réussir. On s'assurera que la diarrhée ne tient pas, fait assez fréquent surtout chez les jeunes femmes, à la déglutition des crachats.

Diarrhée d'origine médicamenteuse. De même que certains aliments, certains médicaments semblent surtout nuisibles chez les tuberculeux diarrhéiques. Comme chez les dyspeptiques, la règle générale est de réduire chez eux les médicaments donnés par la bouche au minimum. L'intolérance pour l'huile de foie de morue, le chlorure de sodium a déjà été signalée plus haut. On se défiera, en outre, et plus spécialement, de l'arsenic, des sulfureux, enfin, de l'atropine.

Par contre, quelques médicaments peuvent être à la fois utiles contre la diarrhée et contre la tuberculose. Tel est, par exemple, le *phosphate de chaux* donné à dose de 8 à 10 grammes par jour. Tel est

est aussi le *tannin* Un des meilleurs modes d'administration est le mélange d'Artaud, donné à la dose d'un verre à Bordeaux un peu avant la fin des trois principaux repas :

Tannin à l'alcool	20 grammes.
Glycérine	150 grammes.
Alcool	50 grammes.
Vin de Banyuls	800 grammes.

La glycérine a une utilité d'autant plus grande, qu'elle supplée, en partie, l'huile de foie de morue comme aliment d'épargne. Elle est bien tolérée, même en cas de fièvre. Son action sur la diarrhée, signalée plus particulièrement par Bouchut, est souvent des plus remarquables. Elle conserve une certaine action, même dans les diarrhées ultimes de la période cachectique. On formulera :

Glycérine neutre	50 grammes.
Rhum	20 grammes.

A prendre chaque jour en trois fois dans du lait chaud.

La créosote donnée par la bouche est souvent mal tolérée. Les *lavements créosotés*, au contraire, arrêtent souvent la diarrhée. La meilleure formule est celle de Revillet :

Eau	200 grammes.
Créosote pure de goudron de hêtre	2 à 3 gr.
Huile d'amandes douces	25 grammes.
Jaune d'œuf	n° 1.

Il est essentiel d'obtenir une émulsion très fine. On y parviendrait, au besoin, par l'addition d'un peu de gomme adragante. Le meilleur moment pour donner ce lavement, de façon à ce qu'il soit conservé, est le soir, au lit.

Diarrhée due à l'entérite tuberculeuse. Cette forme est la plus rebelle; la présence de sang, même en petite quantité, dans les garde-robes, est donc, au point de vue du pronostic, toujours un élément des plus sérieux. Grancher et Hutinel ont obtenu de bons effets du *salicylate de bismuth* à dose de 4 à 8 grammes par jour. Les pilules de *nitrate d'argent* étaient souvent préconisées par Trousseau. Pour assurer la tolérance stomacale et augmenter leur efficacité, il est bon de les associer à l'opium.

Extrait gommeux d'opium	0.40 centigr.
Nitrate d'argent	0.20 centigr.
Mucilage de gomme	Q. s.

Pour 20 pilules; quatre à huit par jour, au moment des repas.

L'*acétate de plomb*, enfin, jouit d'une grande réputation en Angleterre. Il agirait même à la période terminale; son action s'exerce non

seulement contre la diarrhée, mais aussi contre les sueurs profuses souvent associées à la diarrhée cachectique. Comme pour le nitrate d'argent, il est utile de l'associer à l'opium.

Acétate de plomb cristallisé	0.20 centigr.
Extrait d'opium	0.40 centigr.
Extrait de ratanhia	1 gramme.

Diviser en 20 pilules; une à trois par jour.

L'*opium* peut, d'ailleurs, dans cette forme grave, être employé plus largement que dans les formes précédentes. La crainte de provoquer l'anorexie, qui constitue sa principale contre-indication, devient ici secondaire. Le diascordium, à dose de 4 à 8 gr. par jour, les gouttes noires anglaises à dose de deux gouttes après chacun des deux principaux repas, seront plus généralement conseillés. L. D.

—

DE LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE.

La *Gazette hebdomadaire* a publié une étude, d'après le dr Vouzelle, de cette affection, qui a été définitivement constituée, il n'y a très longtemps encore.

La colite muco-membraneuse dans sa forme habituelle est caractérisée par trois symptômes fondamentaux : l'expulsion de produits membraneux, la constipation et la douleur.

Caractères des selles. Le signe plus important, celui qui, souvent, permet le diagnostic, est l'apparition dans les selles de muco-membranes.

Ces muco-membranes ne sont autre chose que les produits de sécrétion des glandes de l'intestin plus ou moins enflammées. Suivant que le séjour dans l'intestin a persisté ou non, elles affectent des formes différentes.

Le mucus est-il éliminé peu après son excrétion? Il apparaît dans les selles sous forme de glaires filantes, de mousse ou d'écume qui recouvre et enrobe les matières fécales.

A un premier degré de concrétion, le mucus prend l'aspect de blanc d'œuf coagulé, ou encore de boules grisâtres qui, au contact de l'eau, se divisent en fragments.

C'est dans le cas de débâcle, à la suite de rétention prolongée des matières, que le mucus ayant eu le temps de se concréter apparaît dans sa forme typique. Ce sont les muco-membranes. Leur volume est des plus variables, tantôt ce sont des filaments souvent pris pour des oxyures; tantôt de véritables cylindres semblant porter l'empreinte des plis et des contours de la paroi intestinale, à tel point que les malades s'imaginent avoir évacué un lambeau de muqueuse.

Le plus souvent, ces matières se trouvent, à chaque selle, mélangées aux scybales qu'elles enrobent ou entourent.

Parfois, au contraire, le malade reste des semaines et des mois sans en éliminer : il se croit guéri, mais survient une nouvelle crise et les muco-membranes reparaissent. A la suite de rétention plus ou moins prolongée, de crises simulant l'obstruction intestinale, surviennent de véritables débâcles.

Les muco-membranes, enroulées en paquets souvent énormes, sont expulsées au prix de vives douleurs.

Elles peuvent dans ces cas constituer à elles seules la selle tout entière ou s'accompagner de diarrhée.

Souvent on observe des gouttelettes ou des stries de sang sur les scybales; quelquefois il y a de véritables hémorrhagies.

Constipation. C'est un phénomène presque constant; lorsque la constipation a duré quelque temps, elle est suivie d'une débâcle pendant laquelle la quantité de matières rejetées est vraiment extraordinaire. Une diarrhée s'établit alors, qui persiste quelques jours, et peut aller jusqu'à la lientérie; bientôt la constipation reparaît.

Douleur. La douleur joue un rôle capital. Il faut distinguer deux sortes de douleurs : la douleur habituelle, fort variable comme intensité, qui peut persister pendant toute la durée de la maladie, et les crises douloureuses qui surviennent à intervalles plus ou moins éloignés, mais font rarement défaut.

En effet, dans la plupart des cas, l'évolution chronique de la maladie est traversée par des poussées aiguës, des crises paroxystiques pouvant durer de plusieurs jours à plusieurs semaines. A l'occasion d'un écart de régime, d'une congestion menstruelle, parfois sans motif autre qu'une stase trop prolongée des matières dans l'intestin, les douleurs brusquement s'exaspèrent.

Tantôt ce sont des douleurs constrictives : parfois aussi des coliques véritables, avec tiraillements et brûlures qui arrachent des cris au malade.

En outre de ces douleurs spontanées, il en est que provoque le palper abdominal. Le siège le plus habituel, le siège presque constant de la douleur provoquée est l'angle gauche du côlon. Vient ensuite l'angle droit du côlon. Au côlon transverse, aux fosses iliaques, ce phénomène est beaucoup plus rare. Cette localisation de la douleur provoquée, peut, du reste, se modifier chez le même sujet. Il semble qu'il se fasse des poussées successives et locales d'un point à un autre de l'intestin.

La palpation abdominale, du reste, est fertile en indications de toutes sortes; elle permet d'abord d'apprécier la flaccidité, l'atonie de

la paroi qui parfois se laisse déprimer jusqu'à la colonne vertébrale. Ce relâchement est l'indice de la ptose généralisée que l'on rencontre habituellement : relâchement et ptose du gros intestin, ptose du foie quelquefois, plus souvent ptose du rein droit, dilatation et ptose de l'estomac.

Il y a aussi des symptômes à distance que l'on attribuait jadis exclusivement à des actes réflexes.

Cependant, le nombre extrême de ces accidents morbides, leur diversité et surtout parfois leur gravité même permettent de conclure à l'existence d'une cause plus profonde, et l'on doit invoquer ici l'auto intoxication, ou même les infections secondaires, tout au moins comme causes adjuvantes : arythmie du cœur, sueurs, éblouissements, vertiges, tremblements, inaptitude au travail, céphalalgie, mélancolie, etc.

La colite muco-membraneuse est une affection très fréquente qui passe souvent inaperçue et qui est plutôt l'apanage des classes aisées; elle atteint son maximum de fréquence entre 25 et 45 ans; les femmes y sont surtout exposées, soit parce que les femmes sont souvent constipées, soit parce qu'elles sont généralement névropathes.

Pour la plupart des auteurs, c'est une maladie diathésique et constitutionnelle sous la dépendance du *neuro-arthritisme;* de fait, à l'origine de toute colite muco-membraneuse, se retrouvent deux facteurs qui en dominent la pathogénie, le nervosisme sous toutes ses formes et l'arthritisme.

Tous les malades sont des nerveux : les uns hystériques véritables, les autres neurasthéniques avérés. ou névropathes.

On doit invoquer aussi le rôle, tout mécanique, de la ptose viscérale.

D'autre part, la diathèse arthritique se retrouve habituellement; tantôt, elle s'est déjà manifestée chez le sujet par de la goutte, de la gravelle, de la migraine.

Le *diagnostic* de colite muco-membraneuse est parfois malaisé.

Ce sont les douleurs qui, le plus souvent, appellent l'attention du malade.

Elles peuvent être confondues avec les douleurs de la gastralgie; mais le siège de ces dernières est l'épigastre, elles surviennent après l'ingestion des aliments, tandis que la douleur intestinale se montre surtout 2 à 3 heures seulement après le repas.

Lorsqu'au cours de la colite le côlon est dilaté il produit un bruit de clapotage pouvant être pris pour le clapotage de la dilatation de l'estomac; le diagnostic est alors réellement délicat.

« Il n'est point exceptionnel. dit le professeur Potain, d'hésiter

entre la colite et le cancer de l'estomac, tout bizarre que cela paraisse; les troubles digestifs, la tuméfaction de l'épigastre, la teinte jaune paille peuvent en imposer.

« Un purgatif évacuateur et déterminant l'expulsion de muco-membranes permet alors le plus souvent de tranquilliser la famille. »

L'*entérite tuberculeuse* est souvent soupconnée, et ce n'est qu'après un temps assez long, que la permanence de la constipation, la localisation et le caractère spécial de la douleur, l'absence de toute manifestation tuberculeuse dans un autre organe et, par-dessus tout, la marche de l'affection font rejeter cette idée.

Le diagnostic est à faire aussi avec le cancer de l'intestin, car la corde colique a pu être prise pour une tumeur néoplasique.

Le diagnostic différentiel entre la colique hépatique, la colique néphrétique, la fièvre typhoïde, l'appendicite et la maladie en présence, demandera aussi une étude attentive de tous les symptômes.

Le *traitement* sera d'abord dirigé contre la diathèse.

Une bonne partie des malades étant des neurasthéniques, l'*hydrothérapie* convenablement appliquée ou les massages généraux peuvent être utiles.

Le *massage local*, bien fait, est susceptible de rendre les plus grands services. Il n'existe pour ainsi dire pas de contre indication à son emploi, les cas de spasme eux-mêmes ne sauraient le faire rejeter.

Toutes les fois qu'on constatera chez un malade un certain degré d'entéroptose, il ne faudra pas omettre de lui faire porter une *ceinture hypogastrique* de Glénard, ou, à son défaut, une ceinture de flanelle assez serrée, et placée de façon à relever le ventre et non à l'aplatir; on ne saurait croire combien cette précaution soulage les malades.

La question du *régime alimentaire* est primordiale.

Il faut supprimer les épices, les mets susceptibles de laisser des résidus solides mécaniquement irritants; il faut réduire au minimum les fermentations et les putréfactions intestinales. Le problème consiste à nourrir le malade de manière à rendre les matières excrémentitielles le moins abondantes et le moins irritantes possible; il faut chercher à donner une alimentation très riche sous un petit volume.

Au moment des crises paroxystiques, le régime lacté constitue la seule ressource alimentaire et il procure souvent un soulagement très marqué.

Comme traitement symptomatique, il faut surtout combattre la constipation; on utilisera les nombreux *laxatifs* ou *purgatifs* qu'offre la matière médicale afin d'obtenir des évacuations journalières. Les purgatifs drastiques et salins sont mal supportés en général et on s'accorde à préconiser les purgatifs huileux. L'huile de ricin réussit

souvent très bien chez les malades atteints d'entérite muco-membraneuse; employée à petites doses réitérées tous les 2 ou 3 jours, ils la supportent pendant des mois.

On pourra se servir également des *suppositoires*, des cônes médicamenteux à la glycérine.

Les *lavements* de toute sorte suffiront chez quelques personnes à obtenir une selle quotidienne. Les lavements ordinaires répétés, en émoussant la sensibilité de la muqueuse rectale et en supprimant à la longue le besoin de la défécation, exagèrent l'atonie intestinale au lieu de la faire cesser. C'est là un inconvénient; les *grands lavements huileux* non limités au rectum échappent à cet inconvénient. Pour Fleiner, le grand lavement d'huile tiède serait par excellence le remède que l'on devrait employer dans les cas de constipation spasmodique.

Contre les *spasmes* et les *crises douloureuses*, la morphine ou les opiacés ont l'inconvénient de constiper, ils ne devront être administrés qu'avec réserve et seulement au cours des grands crises. Hormis ces cas, l'élément douleur sera combattu par d'autres procédés. L'un des meilleurs moyens et des plus simples en même temps est l'application sur le ventre de compresses chaudes. La teinture de belladone et la jusquiame ont l'avantage de combattre la douleur et d'être en même temps laxatives.

Quand apparaissent les accidents dus à l'auto-intoxication colique, il faut à tout prix réaliser dans la mesure du possible l'antisepsie intestinale ou du moins atténuer les fermentations.

Les divers antiseptiques ingérés par la bouche n'ont donné dans la colite muco-membraneuse que des résultats douteux.

Le meilleur moyen d'obtenir l'antisepsie du tube digestif est d'assurer l'expulsion des matières qui y fermentent.

On a vanté beaucoup pour cela les grands lavages ou l'*entéroclyse* du gros intestin.

Dans les formes chroniques graves où les phénomènes d'auto-intoxication sont portés au maximum d'acuité, on est conduit à chercher à modifier directement la muqueuse en employant des procédés analogues à ceux qui sont communément usités dans le traitement de la dysentérie; on a employé des lavements iodés avec 10 grammes de teinture d'iode pour un litre d'eau (Dujardin-Beaumetz).

Récemment, Charrin a vanté les bons effets des lavements au nitrate d'argent. On commencera par des solutions faibles, 20 centigr, pour 1 litre, et on élèvera progressivement le taux de la solution de façon à administrer 1 gramme de nitrate d'argent par litre d'eau.

L. D.

DU FOIE CARDIAQUE.

Les accidents hépatiques dus à l'asystolie donnent lieu à des erreurs de *diagnostic* fréquentes, qui ont des conséquences fâcheuses, au point de vue du traitement; on croit volontiers à la cirrhose, à la lithiase, au cancer.

Dans les formes cliniques où la lésion cardiaque est nettement prédominante, le diagnostic de l'asystolie hépatique est facile. Tout au plus, dans quelques cas, l'importance de l'ascite, de l'ictère, fait-elle songer, tout d'abord, à une cirrhose atrophique, à une cirrhose hypertrophique, à la lithiase biliaire. Mais il suffit d'examiner le cœur pour rectifier cette première opinion.

Dans d'autres cas, au contraire, les malades font, suivant l'expression de Hanot, toute leur asystolie dans le foie. Les accidents hépatiques sont tellement prépondérants, l'affection cardiaque est tellement silencieuse que les erreurs sont fréquentes.

Le dr Plicque énumère les principaux élements du diagnostic. Il faudra tenir compte de l'existence antérieure d'une maladie infectieuse, rhumatisme, scarlatine, etc., s'informer si les accidents hépatiques ont été précédés par des palpitations, par un œdème des malléoles survenant le soir. Depuis longtemps déjà, le malade s'est aperçu qu'il avait l'haleine courte, montait difficilement les escaliers, soufflait au moindre effort. Le pouls est faible. Plus encore que l'auscultation du cœur, qui dans quelques cas de myocardite sans lésion valvulaire laissera dans le doute, l'auscultation des bases du poumon est importante : il existe aux deux bases des râles sous-crépitants fins, qui semblent placés là, disait Hanot, pour avertir de l'état du cœur et éclairer sur la nature de la lésion hépatique.

Du côté du foie, les douleurs locales manquent rarement; elles sont beaucoup plus intenses que dans la cirrhose vulgaire. L'ictère est en général peu accentué; mais l'ascite est presque toujours considérable. Au début, pourtant, il est fréquent de voir peu ou point d'ascite; mais, en ce cas, un météorisme très accentué rarement manque. Le foie, dont le volume est alors plus facilement appréciable que dans le cas d'ascite, est gros, dur, douloureux à la palpation. Sa dureté varie avec le volume. Il est fréquent de voir des variations de volume très considérables d'un jour à l'autre.

Aux périodes avancées, la sclérose se substitue de plus en plus à la congestion simple. Chez les goutteux, les alcooliques, les lithiasiques, les dyspeptiques même, cette transformation est particulièrement rapide; ces diverses influences étiologiques s'ajoutent pour léser le foie.

A cette période tardive, l'intensité de la cachexie évoque souvent l'idée de cancer. Cette idée est à peu près inévitable, lorsque la sclérose a laissé subsister jusqu'à la fin une grosse hypertrophie. Cependant, la conservation relative de l'appétit, l'anémie moins accentuée, l'évolution beaucoup plus lente coupée par des périodes de rémission et d'accalmie, l'arythmie, l'irrégularité, l'inégalité du pouls permettront d'éliminer le cancer pour conclure au foie cardiaque.

Le *traitement* du foie cardiaque est avant tout celui de l'asystolie digitale, strophantus, spartéine.

En faveur du foie, on associera à ces médicaments le *régime lacté* intrégal. Le lait réduit au minimum les toxines intestinales, et, par suite, le travail du foie.

Le *calomel* peut être très avantageusement substitué soit aux purgatifs salins, soit à l'eau-de-vie allemande classique dans l'asystolie. Tapret donne chaque jour, en trois fois, 40 à 60 centigrammes de calomel; il en répète pendant trois jours consécutifs l'administration. Le calomel réussit particulièrement en cas de grands œdèmes. Souvent la digitale, jusque-là inefficace, agit énergiquement sur la diurèse après le traitement mercuriel. Mais, si le calomel est excellent à cette période, il est formellement contre-indiqué à la période de cachexie : chez les vieux cardiaques débilités, Hanot a signalé par le calomel à doses massives de véritables désastres.

Les alcalins sont également un bon moyen de décongestion hépatique (eau de Vichy, eau de Carlsbad, bicarbonate de soude).

L. D.

—

DE L'ACROPARESTHÉSIE.

Le dr Lereboullet fait, dans la *Gazette hebdomadaire*, l'histoire de cette affection, dont nous avons déjà eu occasion de parler et qui est très fréquente.

Il s'agit de ces sensations de fourmillement et d'engourdissement qui siégent aux extrémités du corps, indépendamment de tout état morbide général ou local nettement défini.

C'est l'acroparesthésie vraie, à distinguer des sensations analogues qui sont fréquentes dans les maladies chroniques de la moelle ou dans d'autres affections nerveuses.

Les *causes* de l'acroparesthésie vraie restent jusqu'à présent fort obscures. On sait pourtant que cette affection s'observe principalement chez la femme arrivée à l'âge de 30 ans et au-dessus. La période de la ménopause y prédisposerait.

La profession des malades paraît avoir une grande importance; les

sujets exposés aux refroidissements, contraints de plonger souvent et longtemps leurs mains dans l'eau froide, ou de manier certaines substances chimiques (sel ammoniac, acide sulfurique, etc.) sont particulièrement atteints.

La fatigue, le mauvais état des voies digestives peuvent également intervenir, mais non de façon constante. L'anémie, le surmenage professionnel, la grossesse et la puerpéralité ont été invoqués sans qu'il y ait lieu d'attribuer à ces causes, non plus qu'à l'hérédité, au rhumatisme, à la goutte, une influence nette.

L'acroparesthésie débute habituellement par les *mains* et surtout dans le domaine du nerf médian, moins souvent dans celui du cubital ; *ce sont des phénomènes d'engourdissement et de fourmillement qui se produisent surtout la nuit.*

Les *pieds*, rarement atteints primitivement, sont secondairement frappés des mêmes troubles dans un assez grand nombre de cas ; dans un cas de Ballet, cette affection avait atteint les *lèvres* et la *langue;* dans une observation de Armandin, elle intéressait la *figure* et les *yeux.*

Elle ne se limite pas exclusivement à l'extrémité des membres, et après quelque temps peut envahir les avant-bras et les jambes; parfois l'épaule même est atteinte; le malade y ressent alors des douleurs assez vagues et mal précisées.

Les sensations ressenties par les malades sont multiples. La plus commune est le *fourmillement*, analogue à celui que provoque l'immobilité prolongée d'un membre, la compression brusque d'un nerf sur un plan osseux, comme celle du cubital, l'excitation électrique d'un nerf sensitif, etc. Cette sensation de fourmillement aux mains est souvent exagérée par l'impression de l'eau froide; l'eau chaude ou tiède la calme quelquefois.

Un autre symptôme pénible est l'*engourdissement*, comparable à celui qu'on éprouve après l'immersion de la main dans l'eau froide; cet engourdissement peut aller jusqu'à la sensation de doigt mort; les patients peuvent de ce fait mal sentir les objets qu'ils touchent et les laisser échapper lorsqu'ils veulent les prendre.

En même temps, ils éprouvent souvent une sensation très vive de *froid* dans tout un membre, d'autant plus intense que les autres symptômes sont plus manifestes; parfois c'est au contraire une sensation de *chaleur*, allant jusqu'au sentiment de cuisson, que le malade dit ressentir.

Beaucoup de malades accusent la sensation de *gonflement des extrémités*. Leurs mains et leurs doigts leur semblent augmentés de volume; le plus habituellement pourtant le gonflement, s'il existe, est peu marqué et n'est pas appréciable à la vue.

Un des meilleurs caractères de la maladie est l'*intermittence des symptômes*. D'habitude les crises sont régulièrement *périodiques*, revenant chaque jour à la même heure pour chaque malade, généralement la nuit vers 2 heures ou 4 heures du matin. La crise se termine habituellement dans la matinée quelquefois au moment où le malade se lève. Le jour, elle se produit surtout à l'occasion de certains contacts, quand les malades mettent un dé au doigt ou des gants, ou quand ils veulent exécuter certains mouvements, porter un panier, coudre, laver, etc.

Maladie spécifiée avant tout par des troubles subjectifs, l'acroparesthésie peut néanmoins s'accompagner de quelques *troubles objectifs* au moment des crises. C'est ainsi qu'on a pu constater parfois de l'hyperesthésie, plus souvent de l'hypoesthésie, ou de l'anesthésie au niveau des extrémités frappées; si, en général, il n'y a aucun trouble vaso-moteur, quelquefois pourtant les extrémités sont violacées, livides, mais c'est alors plutôt un effet du froid.

Les crises paraissent en général survenir plus souvent l'hiver que l'été, le froid semblant provoquer les accès.

Une première forme, qui paraît assez fréquente, est légère, fugace, très intermittente. Le malade a de légers fourmillements de la durée d'une minute à quelques secondes aux doigts ou aux orteils qui surviennent par intervalles, ne reparaissant souvent qu'au bout de plusieurs jours ou de plusieurs semaines à l'occasion d'un mauvais état général, de lafatigue, etc.

Une seconde forme aiguë ou subaiguë occasionne une gêne plus ou moins grande, les patients sont parfois obligés de suspendre leur travail; les fourmillements deviennent insupportables par leur acuité et leur ténacité et c'est dans cette forme plus que dans la précédente que le malade vient demander un soulagement au médecin.

La *pathogénie* est très obscure; Nothnagel en a fait une névrose vaso-motrice, d'autres une lésion des troncs nerveux; l'hypothèse la plus acceptable est celle d'un trouble vasculaire régi par l'influence des nerfs.

La *thérapeutique* offre peu de ressources; l'affection est assez tenace, mais avec des rémissions fréquentes et guérison spontanée au bout d'un temps plus ou moins long. De nombreux agents médicamenteux ont été employés sans grand succès (bromures, ergotine, phosphore, strychnine, aconit, etc.) Bernhardt a préconisé la quinine, la phénacétine, l'antipyrine contre les paroxysmes nocturnes.

Le traitement, qui serait, aux dires de l'auteur, le moins inefficace, est celui préconisé par Ballet : usage régulier, 3 ou 4 fois par semaine, de douches sulfureuses dirigées sur les membres et combinées avec les

frictions quotidiennes au moyen d'un morceau de flanelle enduit d'une pommade au tanin. Les bains d'eau tiède, l'emploi de l'électricité ont parfois aussi amené quelques résultats passagers.

L. D.

—

VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE L'HÉROÏNE.

D'après un article du prof. Léo dans le *Deuts. med. Wochenschrift*, il semble que ce succédané de la morphine, dont il est question dans un article du précédent numéro, mériterait de prendre rang parmi les médicaments utiles.

L'auteur trouve cependant que la dose de 1 centigramme est trop élevée ; il a observé avec cette dose des nausées, des vertiges et même, une fois, une syncope, aussi ne donne-t-il aujourd'hui que 0 gr. 005 à la fois. On peut administrer 2 ou 3 poudres semblables par jour. Quelques malades se plaignent même de nausées après l'ingestion de ces minimes quantités

L'effet narcotique de l'héroïne est bien inférieur à celui de la morphine ou de la codéine, ainsi que l'auteur a pu s'en assurer en traitant des sciatiques, des névralgies du trijumeau, des cardialgies, etc. La toux irritative elle-même, qui constituerait l'indication principale de l'emploi de l'héroïne (laryngite aiguë, bronchite, phtisie), a résisté davantage au traitement que n'auraient pu le faire pressentir les excellents résultats de Floret et Strube.

Toute autre est la valeur de l'héroïne quand il s'agit de combattre la dyspepsie,

On sait que c'est cette action de l'héroïne sur la dyspepsie que l'on prétend si remarquable et si spéciale.

D'après le prof. Léo, l'héroïne, ayant pour effet de modifier le type respiratoire en prolongeant la durée de l'inspiration, agit d'une façon analogue, *mutatis mutandis*, à la digitale dans les affections cardiaques : on observe une régularisation et une tonification remarquables de l'acte respiratoire.

Les cas observés concernent la néphrite chronique (2 cas), l'emphysème avancé (8 cas), la bronchite chronique (15 cas), l'asthme bronchique (5 cas). L'effet a été passager pour les deux cas de néphrite (la maladie principale ayant suivi son cours), et nul dans un cas d'emphysème et deux cas de bronchite chronique. Tous les autres ont présenté, dès la première dose, une amélioration frappante.

Chez plusieurs malades, il a suffi de 1 à 2 doses de 0 gr. 005 pour faire disparaître entièrement la dyspnée, diminuer la violence de la toux et permettre le sommeil ; dans les cas d'emphysème et de bronchite

chronique, les symptômes pénibles existant avant le traitement, réapparurent après cessation de la médication, mais on observa chez plusieurs patients une période de rémission de 8 à 15 jours après administration de la dernière poudre.

L'héroïne diminuant l'expectoration, beaucoup de malades se plaignirent de cet effet; l'auteur essaya en conséquence d'adjoindre de l'iodure de potassium à la médication principale et obtint de cette façon des effets très favorables.

L'ation de l'héroïne est purement symptomatique dans la plupart des cas, mais on peut faire le même reproche aux préparations nitrées, à la stramoine, etc., dont l'action anti-dyspnéique est beaucoup moins satisfaisante et qu'on prescrit néanmoins couramment.

L. D.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 30 *septembre* 1899.

1. *De l'anchylostomasie en général et de ses manifestations en Belgique*; par M. Kuborn, Membre titulaire.

L'auteur donne lecture d'une partie de ce travail. Il continuera dans la prochaine séance.

2. *Désintoxication des poisons cyanogénés par les sels des métaux lourds (d'après les expériences du docteur Meurice)*; par M. Heymans, Correspondant.

M. Heymans expose les résultats des expériences instituées dans son laboratoire par le docteur Meurice sur le pouvoir antitoxique des nitrates de cobalt et de nickel, des sulfates de cuivre et de fer vis-à-vis des principaux représentants des composés cyanogénés. Parmi ceux ci, il n'y a que le benzonitrile dont la toxicité n'est pas influencée par ces sels métalliques; par contre, après injection de nitrate de cobalt, la dose sûrement mortelle et même plusieurs fois mortelle de cyanure de potassium, d'acétonitrile, de lactonitrile, d'amygdalonitrile ou de nitrile malonique, ne tue plus l'animal; le nitrate de nickel, les sulfates de cuivre et de fer agissent de même, mais à un plus faible degré. Les sels de ces métaux lourds constituent donc de véritables antidotes; ces expériences permettent d'espérer de plus en plus la découverte de contre-poisons vis-à-vis des poisons médicamenteux et des poisons pathogènes.

— Ce travail sera inséré au *Bulletin*.

3. *Un dernier mot à propos du rapport relatif à une pharmacopée internationale*; par M. Heymans, Correspondant.

M. Heymans s'applique à démontrer que toutes les erreurs qu'il a

signalées dans le tableau du rapport de M. Rommelaere sont absolument réelles : il s'applique à réfuter les objections de l'honorable Membre et de M. Herlant. Puisqu'il s'agit, dit l'orateur, de médicaments héroïques, l'exactitude, qui est une qualité inséparable de toute œuvre scientifique, est surtout de rigueur ici.

—

Élection du Président et des Vice-Présidents de l'Académie, pour l'année 1900. Il y a 31 votants : pour la présidence M. Masius est élu Président par 26 suffrages; M. Casse, premier Vice Président par 30 suffrages et M. Blas second Vice-Président, par 27.

VARIÉTÉS.

—

A PROPOS DE L'USAGE DU TABAC.

A la suite de pétitions réclamant l'interdiction du tabac à fumer pour les jeunes gens en dessous de 16 ans, le ministre compétent a prié l'Académie de médecine de Belgique de nommer une commission avec charge de faire rapport à ce sujet.

Cette commission, composée de notre collègue M. Lefebvre, des MM. Vleminckx et Kuborn, a déposé un rapport dont nous analysons la partie principale.

A entendre ses adversaires, le tabac serait l'un des plus funestes présents que la nature ait faits à l'homme. Il serait un fauteur d'infirmités, de déchéances intellectuelle et morale, conduisant à l'affaiblissement de la race, à la dépopulation, etc.

Ses partisans répliquent que le tabac est au contraire une substance absolument inoffensive en même temps qu'une source de jouissances innocentes. Où est la vérité?

Disons d'abord que les Belges sont de grands consommateurs de tabac; en 1896 la production indigène du tabac en Belgique atteignait 6,191,000 kilogrammes. L'exportation s'élevait à 154,000 kilogrammes contre une importation de 9,357,000 kilogrammes. Soit une consommation annuelle de 15,394,000 kilogrammes sous toutes les formes de tabac : en poudre, en chique, en cigares, cigarettes, ou haché pour la pipe.

Et d'abord, se demande la commission, comment ce goût, cette passion du tabac se sont-ils si universellement et si rapidement répandus parmi les peuples civilisés?

L'exemple fait naître l'idée, puis sollicite l'adolescent qui voit dans l'acte de fumer une manifestation de virilité. L'expérimentation enracine le goût. Et cette contagion de l'exemple est d'autant plus puissante que l'accoutumance au tabac est l'une des plus faciles, des plus rapides qui soit.

Physiologiquement, l'usage modéré du tabac provoque une certaine excitation cérébrale que les fumeurs sollicitent plus ou moins consciemment C'est cette excitation que recherchaient ces fumeurs d'élite qui avaient noms Milton, Addison, Walter Scott, lord Byron; les illustres médecins F. Hoffmann, Boerhaeve, Haller; tandis que Bacon, Locke, Newton, Kant la provoquaient par les deux voies, ils fumaient et ils prisaient. L'histoire ne nous dit pas à quel âge ces grands hommes ont commencé leur initiation. L'ouvrier brisé par le travail, le marin dans ses longs voyages, le soldat au bivouac, le vieillard privé de toute jouissance, dont les sens ont besoin d'être sollicités, trouvent dans la pipe, dans le cigare, voire dans la chique, un remède contre la nostalgie, une consolation, un plaisir.

La légère excitation cérébrale que provoque le tabac, sa faculté de combattre l'ennui, d'assurer de douces rêveries ne peuvent rendre compte de cette tendance à une coutume qui, universellement répandue parmi les peuples du nouveau monde, lorsque les Espagnols y débarquèrent, gagna si rapidement tout l'ancien continent.

Nous sommes naturellement enclins à sucer, à mâchonner quelque chose, enfant à la mamelle ou vieillard édenté. L'enfant, qui, dans la rue, suce un bâton de réglisse ou de sucre d'orge, mâchonne en classe son crayon, son porte-plume. C'est que nos deux sens inférieurs, le goût surtout, qui n'entrent en activité qu'accidentellement ou à de courts intervalles de la vie quotidienne, éprouvent de la satisfaction à être plus souvent impressionnés. A défaut du tabac, on voit des populations entières consommer par exemple le bétel, la coca, la kola. Le tabac mâché excite le goût; prisé il met l'odorat en jeu; s'il est fumé, goût et odorat y trouvent leur compte.

En résumé, le tabac est un puissant modificateur moral, ce qui importe fort au point de vue de l'hygiène. C'est à elle qu'il appartient de fixer la limite de l'usage inoffensif et de faire connaître les dangers de l'abus.

Au point de vue de la physiologie expérimentale, on a aujourd'hui des données positives.

Parmi les nombreux produits que renferme le tabac figure une base organique qui est la *nicotine*, excitant du système nerveux en même temps qu'un *poison* d'une énergie telle qu'il foudroie à l'instar de l'acide prussique.

Les autres principes vénéneux sont en faible proportion et d'une volatilité telle qu'ils peuvent être considérés comme inoffensifs.

La proportion de nicotine contenue dans le tabac varie de 2 à 8 p. c. de feuilles sèches. Cette dernière proportion est atteinte par les tabacs du Pas-de-Calais, et il est probable que ceux de nos Flandres n'en diffèrent pas beaucoup.

Nous ne connaissons pas d'analyse qui nous éclaire sur la teneur en nicotine des tabacs cultivés dans cette région, pas plus que dans les provinces du Hainaut, de Namur, de Luxembourg. Nous signalons en passant cette importante lacune.

On ne peut, au point de vue de l'hygiène, apprécier l'impression du tabac sur l'économie humaine par des expériences exécutées dans

les laboratoires sur les animaux avec la nicotine. Une observation attentive des sujets adonnés au tabac s'impose essentiellement. Mais il faut d'abord dégager de l'équation d'autres modificateurs qui agissent simultanément avec le facteur en question. Ainsi, l'alcool imprime à l'organisme certaines altérations qu'on attribue trop aisément au tabac. Tous les alcolisés, ou à peu près, sont fumeurs, mais la réciproque n'est pas vraie.

Les excès, la débauche viennent aussi parfois compliquer la pathologie du fumeur. Indépendamment d'idiosyncrasie et de l'âge du sujet, il y a encore à considérer la qualité du tabac et sa teneur en nicotine, l'usage et l'abus.

Les novices dans l'art de fumer éprouvent des phénomènes qui rappellent ceux de l'ivresse avec indigestion et diarrhée : malaise, vertiges, céphalalgie sus-orbitaire, sueur frontale, pâleur, angoisse, nausées, vomissements. L'action de la nicotine s'est portée sur le bulbe rachidien. Au début de l'acte, le pouls est dur et rare, mais il devient bientôt faible et accéléré; la salivation s'exagère.

Parfois la scène se termine par un sommeil qui n'est jamais accompagné de délire ou entrecoupé de rêves. Ces manifestations se dissipent avec une promptitude telle, que le fumeur ne se souvenant plus que d'une sensation agréable due à l'excitation des sens du goût et de l'odorat, n'hésite pas à renouveler l'expérience.

Mais bientôt ces phénomènes du début cessent de se produire et on est devenu fumeur; on peut dire que l'habitude contractée est inutile, mais en somme la sensation éprouvée rentre dans la catégorie de ces innombrables sensations que l'homme recherche pour l'agrément de sa vie, tels les épices, les condiments, certains parfums.

Il n'y a pas lieu assurément de s'occuper des accidents d'intoxication aiguë provoqués par la nicotine dans les laboratoires, mais seulement des accidents d'intoxication chronique produits par l'abus.

Cet abus ne tarde pas à engendrer des palpitations cardiaques, de l'oppression, des gastralgies, de l'engourdissement dans les avant-bras et les mains, de l'incertitude dans la démarche, des vertiges, des troubles visuels, un affaiblissement général.

Précisons, en passant en revue les offenses faites à l'organisme par l'abus du tabac.

Les gencives, la langue, le pharynx, le larynx, l'œsophage, l'estomac sont dans un état d'irritation continuelle. La pharyngite granuleuse, accompagnée ou non de toux laryngée, s'établit avec la plus grande facilité. Un ptyalisme abondant fait contraste avec une diminution des sucs gastro-pancréatiques, d'où anorexie, vomissements, gastralgie, dyspepsie atonique. Les tabacs forts, consommés longtemps, à doses élevées, après avoir excité les fibres lisses de l'intestin et provoqué des flux plus ou moins abondants, finissent par amener la parésie de l'organe.

L'action du tabac sur le bulbe et sur la protubérance est démontrée par l'expérimentation et l'observation. L'anatomie pathologique n'a pas révélé d'altérations constantes portant sur les hémisphères et propres au tabac. Chez de grands fumeurs même, on n'a souvent

rencontré que des modifications banales, insignifiantes ou nulles. Il est néanmoins d'observation que chez ceux-ci, aux excitations modérées de leurs débuts ont succédé une irritabilité psychique, une dépression intellectuelle portant essentiellement sur la mémoire et l'aptitude au travail.

Du côté des organes des sens, nous relevons d'abord l'*otite*, effet secondaire résultant d'une extension par la trompe d'Eustache des granulations du pharynx. Elle pourrait être due parfois à une lésion du nerf acoustique; mais celle ci se rencontre plutôt chez les alcoolisés.

Vient ensuite l'*amblyopie* dite *nicotinique*. Elle est surtout caractérisée par une diminution de l'acuité visuelle avec perversion dans la perception des couleurs et leur contraste successif, enfin du myosis. L'amblyopie en général paraît tenir beaucoup plus aux excès alcooliques qu'au tabagisme; fréquente dans le premier cas, elle est rare dans le second si l'on tient compte que presque tous les buveurs sont aussi des fumeurs.

Théoriquement, on a pu avancer que l'abus du tabac amenait une diminution dans les facultés génésiques, par suite d'une parésie des nerfs honteux! Mais ici encore il faut ne pas oublier que chez les jeunes gens cet abus marche de pair avec d'autres excès.

Rien n'est plus manifeste que l'influence du tabac sur le cœur et la circulation. Le pouls d'abord devient dur et ralentit ses battements : il les précipite ensuite. La dépression suit l'excitation. Toutefois comme l'accoutumance se fait vite, le cheval cesse de regimber. Mais si le cœur n'est pas normal, s'il y a même quelque prédisposition morbide de l'organe, ses battements deviennent intermittents, la névrose cardiaque se manifeste, des accès d'angine de poitrine éclatent, tenant vraisemblablement à des spasmes des artères coronaires.

En ce qui concerne l'âge auquel on peut fumer, le dr Bertillon voulant élucider la question de l'influence du tabac sur les jeunes gens adonnés aux études, appliqua la méthode statistique aux élèves d'une promotion de l'Ecole polytechnique de Paris. Il arriva à ce résultat que les moins favorisés dans le classement étaient les plus grands fumeurs.

La question fut reprise plus tard par le dr Coustan, de Brest. Celui-ci porta son enquête sur les sujets d'établissements d'instruction primaire, moyenne, supérieure et technique; il constata que les fumeurs étaient en majorité les moins bien classés et que c'étaient eux aussi qui avaient perdu le plus grand nombre de numéros aux examens de sortie.

Ainsi, pour les élèves de la promotion de 1888 aux examens de l'Ecole navale de Brest :

Rangs moyens d'entrée.	Elèves ne fumant pas	20,7
	— fumant peu	23,3
	— — beaucoup	22,8
Rangs après une année.	Elèves ne fumant pas	10,5
	— fumant peu	21,1
	— — beaucoup	32,2

En résumé, les non-fumeurs ont gagné 10 rangs 2 ; les petits fumeurs ont gagné 2 rangs et les grands fumeurs ont perdu 9 rangs 4.

Mais, comme le fait observer M. le dr A.-J. Martin, le tabac avec les habitudes qu'il peut engendrer ne saurait être considéré en toute justice comme uniquement responsable de ces résultats

En ce qui concerne l'influence sur le développement, on comprend, à ne considérer que les seuls troubles digestifs qu'amène l'usage du tabac, par son action sur ces grands facteurs, la salive, les sucs gastrique et pancréatique, que la nutrition soit compromise lorsque le sujet se trouve dans une période de la vie où tous les efforts de l'organisme doivent concourir à assurer son développement harmonique et favoriser l'évolution de la puberté. Ajoutons en passant que l'échauffement de la bouche et du pharynx crée une disposition dangereuse ; il appelle une humectation continue et le genièvre sert parfois à éteindre ce feu-là.

A côté des troubles fonctionnels de la vie végétative, une observation un peu soutenue permet de relever chez le jeune fumeur des perversions d'ordre psycho-moral : irritabilité de caractère, inattention, défauts de mémoire, tendance à la paresse.

Faut-il donc attendre l'âge adulte, celui du développement complet de l'organisme, pour user de la pipe ou du cigare ? Ce serait peut-être trop exiger, mais on peut considérer l'âge de 16 ans comme le maximum de ce que l'*hygiène* peut concéder.

Au point de vue social, on a allégué, mais simplement sous l'influence d'une idée théorique, que le tabac amoindrissait la puissance génésique. De là on a été conduit, en France surtout, à attribuer au tabac un rôle dans la diminution de la population. On est peu disposé à admettre cette accusation lorsque l'on considère les vertus prolifiques et l'accroissement de la population dans ces deux pays de nombreux et grands fumeurs : l'Allemagne et la Belgique.

On a exagéré manifestement les inconvénients qui résultaient des manifestations du tabac dans les manufactures, principalement pour les femmes.

On a prétendu ainsi que les ouvrières avortaient fréquemment ; qu'elles constituaient des nourrices détestables ; que leurs enfants chétifs, malingres, mouraient en grand nombre.

Ces assertions ont été contestées et le dr Piasecki, médecin de la manufacture du Havre, a entre autres écrit ceci :

Le tabac ne peut être considéré comme un emménagogue. Les travaux que réclame sa fabrication n'entraînent aucun inconvénient pour la santé des ouvrières Il n'a pas non plus de mauvaise influence sur la grossesse. Les fausses couches ne sont pas plus nombreuses à la manufacture du Havre que chez les femmes de la ville. Si la mortalité chez les nouveau-nés est fort considérable, il faut en rechercher la cause dans l'encombrement et l'insalubrité des logements, l'absence de toutes précautions hygiéniques, l'alimentation vicieuse, etc.

En Belgique où, sur 856 personnes du sexe employées dans les fabriques de tabac, on compte 497 femmes, les rapports ne font aucune mention d'une influence nocive du tabac sur la grossesse,

la menstruation des ouvrières employées à sa fabrication, ni sur leurs nouveau-nés.

Au sujet de l'interdiction de l'usage du tabac avant un âge déterminé, la commission estime que dans un pays comme le nôtre, où l'esprit d'indépendance individuelle est poussé aussi loin que chez aucune nation du monde, des mesures répressives en la matière tomberaient sous le ridicule; elles seraient éludées si pas bravées; la connaissance du danger, par l'éducation dans la famille et par l'instruction à l'école, paraît seule en puissance de prévenir les abus individuels de l'usage du tabac.

Elle a déposé les conclusions suivantes :

1° En principe, le tabac, par la nicotine qui en constitue l'élément essentiel, doit être considéré comme pouvant être nuisible à tous les âges ;

2° Il l'est essentiellement pendant la période active du développement organique de l'individu ;

3° En ce qui concerne la question de savoir s'il y aurait lieu de recourir à des mesures législatives contre l'usage prématuré du tabac, la Commission estime que des mesures de l'espèce seraient contraires aux mœurs de la nation, vexatoires et inopérantes ;

4° La loi du 13 décembre 1889 sur le travail dans les fabriques, manufactures et usines répond amplement à tous les desiderata concernant la santé des ouvriers, d'ailleurs peu compromise dans les fabriques de tabac en Belgique ;

5° Le seul moyen d'empêcher l'excès et l'abus repose sur la vulgarisation dans la famille et à l'école des dangers qu'ils peuvent entraîner dans le jeune âge surtout. L. D.

BIBLIOGRAPHIE.

L'HYPOTHYROÏDIE BÉNIGNE CHRONIQUE OU MYXŒDÈME FRUSTE, par le dr Hertoghe. Paris, Masson, éditeur.

Le dr Hertoghe, d'Anvers, s'est acquis une véritable notoriété par une série de travaux relatifs à la pathologie du corps thyroïde.

Dans son dernier ouvrage, il s'occupe des degrés intermédiaires entre l'intégrité thyroïdienne parfaite et le myxœdème franc : il y montre en particulier que le traitement thyroïdien est vivement ressenti dans toutes les formes d'infantilisme et que l'hypothyroïdie revêt fréquemment des formes frustes.

Cet ouvrage, plein d'originalité et riche en documents, est appelé, comme les précédents, à faire sensation. L. D.

—

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME, par le professeur Carl Schroeder, traduction du dr E. Lauwers, sur la 12e édition allemande, publiée par le professeur Hofmeier, Bruxelles 1899, Manceaux édit.

Bien que les bons livres n'aient pas besoin de préface, nous en avons écrit une pour la première édition de cet excellent ouvrage,

méthodique sans longueurs, clair, concis et pratique. Voici dans quels termes le dr L. De Jace annonce la troisième édition française dans le *Scalpel :*

« L'association de tous ces noms si connus en gynécologie est bien faite pour assurer à l'ouvrage traduit par notre distingué confrère Lauwers, la place qu'il mérite dans les bibliothèques médicales. Il est peu de livres classiques qui aient rencontré en Allemagne le succès du traité de Schroeder. Après la mort de l'auteur, le professeur Hofmeier a voulu, en se chargeant des *addendas* à l'œuvre primitive, tenir ce traité médical au courant des progrès réalisés en gynécologie. Il valait mieux ajouter quelques pages à un ouvrage excellent, apprécié par les praticiens allemands, que d'écrire un livre nouveau.

Nous ne pouvons que répéter ce que nous avons écrit en 1886 sur le livre de Schroeder, — préface par le professeur Hubert, de Louvain. — Ecrit dans un style sobre, clair et facile, il donne aux praticiens de véritables leçons appuyées de nombreuses figures.

L'édition nouvelle qui nous est offerte en 1899, bouleverse un peu l'ordre des chapitres adopté dans les premières éditions, elle porte en outre la trace de tous les progrès réalisés en gynécologie, mais conserve toujours cette précieuse note pratique, qui fait valoir le livre auprès des médecins.

Nous devons nos sincères félicitations à notre savant confrère belge, le dr Lauwers, dont la traduction fidèle et élégante, met entre les mains des praticiens belges un des livres de chevet des médecins allemands. » E. H.

TRAITÉ D'ANATOMIE APPLIQUÉE A LA CHIRURGIE,

par le professeur Treves, traduit de l'anglais par le dr Lauwers.
Manceaux, éditeur, Bruxelles.

Le traité du prof. Tillaux qui traite du même sujet est devenu classique pour ainsi dire, bien qu'il renferme des longueurs et malgré cela des lacunes.

Nous croyons que les médecins trouveront dans cet ouvrage, si intelligemment mis à leur portée par M. le dr Lauwers, tous les renseignements anatomiques dont ils ont sans cesse besoin pour la pratique non-seulement de la chirurgie, mais aussi de la médecine, et ils les trouveront mieux mis en relief, plus complets, et — avantage qui n'est pas à dédaigner — exposés d'une façon plus brève que dans le livre de Tillaux ; les figures ne sont pas aussi nombreuses, mais elles sont suffisantes.

Il va de soi que le nom lui-même du traducteur, si avantageusement connu, suffirait déjà à recommander ce livre, dont au surplus l'impression est très soignée. L. D.

L'HYGIÈNE PUBLIQUE EN BELGIQUE

par le dr Moors, de Maeseyck.

Nous sommes à la veille en Belgique d'une loi réorganisant sur des bases entièrement nouvelles le service de l'hygiène publique.

Il y a cinq ans déjà, notre distingué confrère, M. le dr Moors,

dans une excellente brochure que nous avons eu la curiosité de relire, réclamait, un des premiers sans aucun doute, initiative qui mérite d'être signalée, l'intervention urgente du pouvoir en cette matière, et, après avoir étudié comparativement la législation des autres pays, réclamait l'institution d'une inspection médicale officielle.

« Là, disait-il entre autres excellemment, où une administration est en défaut, sous le rapport de la salubrité publique, il est d'intérêt général de la rappeler à ses devoirs; ce serait une singulière conception de la liberté que de permettre à quelqu'un de nuire librement à la santé de ses concitoyens. » L. D.

—

MANUEL DE PROPÉDEUTIQUE,

par le professeur Lavrand, de Lille, 2me édition. Bruxelles, Manceaux, 1899.

Dans cet ouvrage, l'éminent professeur de la faculté catholique de Lille a réuni toutes les notions théoriques et pratiques nécessaires pour procéder avec méthode et avec fruit à l'examen d'un malade et pour donner à chaque symptôme sa signification propre.

Les appareils respiratoire, circulatoire, digestif, l'appareil de l'innervation et l'appareil urinaire y sont successivement passés en revue, et rien n'a été négligé pour faire de l'ouvrage un livre indispensable pour les élèves, voire également pour les praticiens. L. D.

—

GUIDE PRATIQUE DE L'ANALYSE DES URINES

par le professeur Laache, traduit de l'allemand par le professeur Francotte, Bruxelles, 1899, Manceaux, éditeur,

Cette traduction est arrivée en peu de temps à sa troisième édition, ce qui atteste la valeur du livre original; ce livre expose en effet sous une forme remarquablement claire et concise toutes les notions d'urologie indispensables aux praticiens; il comprend trois parties, l'une s'occupe des propriétés générales de l'urine, l'autre de ses éléments normaux et la troisième de ses éléments anormaux; il est de plus enrichi de gravures.

C'est un guide des plus utiles pour l'analyse des urines. L. D.

—

LE CUIR CHEVELU ET LES CHEVEUX,

par le dr Valcke, de Courtrai. Manceaux, éditeur, Bruxelles.

Partant de l'idée que les cheveux font incontestablement le plus bel ornement de la tête de l'homme, le dr Valcke a réuni sous une forme attrayante quelques notions d'anatomie, de physiologie et d'hygiène relatives au cuir chevelu et aux cheveux; malheureusement, l'opuscule semble n'avoir d'autre but que de recommander, sous le nom de trichiphiline, un produit nouveau destiné à oindre les cheveux; nous n'avons aucune raison pour dire du mal de ce produit, mais nous ne voudrions pas non plus avoir l'air de le recommander.

L. D.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

(Suite et fin.)

Injections de composés mercuriels insolubles.

Les injections mercurielles insolubles possèdent, en commun avec les injections solubles, les avantages que j'ai signalés de la mercurialisation par la voie hypodermique, à savoir de permettre de traiter les malades malgré eux, de laisser indemnes les organes digestifs et de procurer des effets thérapeutiques immédiats et sûrs ; elles possèdent en outre des avantages propres, à cause desquels certains praticiens les ont substituées aux injections solubles.

Ce qu'ils ont prétendu obtenir avant tout par les injections insolubles, c'est *une mercurialisation prolongée, en quelque sorte permanente.*

Si les injections solubles ne mettaient nullement à l'abri des récidives, ainsi qu'on l'avait espéré, c'était, disaient-ils, parce que le remède, introduit sous cette forme, était aussi rapidement éliminé qu'absorbé, et il semblait qu'en l'introduisant en quantité massive et sous une forme chimique ne permettant qu'une absorption lente et graduelle, les résultats thérapeutiques seraient à la fois plus durables et plus appréciables, et iraient peut-être même jusqu'à procurer la guérison de la maladie d'une manière définitive.

« Le sujet approvisionné de la sorte était censé porter emmagasiné dans sa fesse ou sa fossette rétro-trochantérienne, comme dit Fournier, un stock de mercure utilisable à échéances tant éloignées que prochaines pour la curation de sa maladie. »

Malheureusement, en ceci encore, les espérances ont été déçues : les injections insolubles ne mettent pas à l'abri des récidives et ne constituent pas plus que les autres méthodes un traitement curatif de la diathèse.

Il n'est pas exact d'ailleurs que l'organisme soit, grâce aux injec-

tions insolubles, imprégné de l'agent thérapeutique d'une manière constante.

L'absorption n'est ni aussi régulière, ni aussi durable qu'on a pu le croire, comme le prouve l'analyse des urines; chez tel sujet la dose presque toute entière de mercure injectée est fournie à la circulation en quelques jours, dans les deux ou trois premiers jours déjà; chez un autre ou chez le même sujet dans d'autres conditions, l'absorption se poursuit pendant des semaines.

A la suite des injections de toutes sortes, Fournier a observé des récidives, voire des récidives rapides et sérieuses, et il professe que la nouvelle méthode ne vaut guère mieux que les anciennes sous ce rapport.

Lewin n'est pas aussi affirmatif. S'appuyant sur une pratique de 32 ans et l'examen de plusieurs milliers de malades, il prétend que, si les récidives d'accidents secondaires sont au moins aussi fréquentes avec les injections qu'avec les pilules ou les frictions, par contre les accidents tertiaires graves, les formes malignes réapparaissent plus rarement après le traitement hypodermique.

Si elles ne guérissent pas la diathèse, *les injections insolubles exercent sur les manifestations de la syphilis une action plus rapide et en même temps plus énergique que tous les autres procédés de traitement*; de là découle, comme nous verrons, leur principale indication.

Les observations ne se comptent plus — et personnellement j'en ai recueilli plusieurs — de manifestations rebelles à toutes les autres méthodes de traitement, qui ont rapidement guéri au moyen des injections insolubles.

Ce résultat n'a du reste rien de surprenant : ces injections se font à doses massives et l'expérience nous enseigne qu'une dose de médicament, donnée en une fois, procure en général des effets thérapeutiques plus puissants que la même dose répartie en plusieurs prises.

Grâce à l'emploi des doses massives, *les injections insolubles n'ont pas besoin d'être répétées fréquemment ;* si bien qu'une cure mercurielle complète ne nécessite qu'un très petit nombre de piqûres, trois à cinq seulement. C'est là un avantage, d'ordre secondaire, sans doute, mais qui mérite d'être apprécié; nous avons vu qu'un des principaux

inconvénients des injections solubles résultait de la nécessité de les répéter journellement, de soumettre le sujet tous les jours à une petite opération douloureuse, de l'astreindre à des visites chez le médecin, nombreuses, coûteuses et singulièrement compromettantes; les injections insolubles, ne devant être répétées que tous les huit, dix ou quinze jours, seront pour cette raison, et c'est ce que j'ai toujours constaté, beaucoup plus facilement acceptées par les malades.

Ajoutons que *les injections insolubles sont moins pénibles que les injections solubles :* elles provoquent en général des douleurs moins vives, sinon plus persistantes.

Voyons maintenant si les avantages des injections insolubles, que je viens d'exposer, sont de nature à compenser leurs inconvénients ; ces inconvénients sont nombreux; parlons des moindres d'abord.

Les injections insolubles entraînent régulièrement une réaction inflammatoire accentuée; les nodus sont toujours volumineux — ils sont gros quelquefois comme un œuf de poule, comme le poing — et surtout ils se résorbent avec une désespérante lenteur.

Ce n'est pas tout : quoi qu'on fasse, *les injections insolubles exposent à des réactions inflammatoires excessives, aboutissant parfois à des abcès;* il se produit alors des indurations phlegmoneuses étendues, entraînant l'impotence d'un membre, forçant par exemple le sujet à boîter, l'empêchant de vaquer à ses occupations, l'obligeant même à s'aliter.

Au début de la pratique de ces injections, les abcès étaient même la règle, mais ils sont devenus de plus en plus rares, à mesure que la technique s'est perfectionnée; c'est à peine maintenant si on les observe une fois sur cent, mais on ne peut guère espérer les voir disparaître complètement.

En effet, tandis que les abcès à la suite des injections solubles sont toujours la conséquence d'une faute de technique, d'un défaut d'asepsie, les injections insolubles peuvent, même sans cela, provoquer des collections purulentes aseptiques, résultant de la fonte nécrobiotique des tissus suivie d'une infiltration abondante de globules blancs ; le pus est huileux, filant, de couleur brunâtre à cause des nombreux globules rouges qu'il contient; tant qu'il n'est pas ouvert à l'extérieur, on ne peut y déceler, comme je disais, la présence d'aucune espèce

microbienne ; il va sans dire que, tout aseptiques qu'ils soient, ces abcès ne cessent pas d'être incommodes.

L'embolie est aussi une complication propre aux injections insolubles; elle a pour point de départ la pénétration du liquide huileux injecté, ou bien de poussières mercurielles dans le calibre d'une veine de la région ; seulement l'accident est peu fréquent ; sur des milliers d'injections on n'en a guère relevé que 20 à 30 cas dont 2 seulement terminés par la mort ; le plus souvent l'embolie s'arrête dans le poumon et s'annonce par les symptômes classiques habituels de l'infarctus : point de côté, dyspnée, etc.

L'embolie est un accident évitable, à peu près sûrement, si l'on observe la précaution de n'injecter qu'en deux temps ; ce n'est donc pas là encore le principal reproche à faire à la méthode.

Il y a autre chose, chose plus grave : *l'action des injections insolubles ne peut être dosée.*

J'ai dit que les injections solubles avaient surtout en leur faveur leur précision, leur dosage rigoureux.

Il en est autrement avec les injections insolubles ; sans doute, la quantité de mercure introduite par chaque injection peut être exactement dosée, mais que va-t-il advenir ? Combien de mercure sera-t-il absorbé le premier jour, combien le second jour, combien les jours suivants ? L'absorption se fera-t-elle lentement, méthodiquement, par petites doses, comme on l'espère en principe, ou bien se fera-t-elle rapidement, par grosses doses d'emblée ? Personne n'en sait rien, car l'absorption est sous la dépendance d'une série de conditions : composition des humeurs, mode de réaction des tissus etc., qui ne peuvent être déterminées à l'avance, parce qu'elles varient d'un individu à l'autre, d'une région à l'autre et même d'une injection à l'autre chez le même individu ; en somme, l'absorption est livrée aux hasards de réactions chimiques inconnues.

L'expérience prouve en effet que tantôt l'effet des injections est au bout d'un temps très court extrêmement puissant, énergique, tantôt au contraire très peu marqué, la plus grande partie de la dose injectée s'entourant d'un exsudat inflammatoire, s'enkystant en quelque sorte et restant provisoirement inerte.

Dans ces circonstances, que peut-il arriver ?

C'est qu'un beau jour, sous certaines influences inconnues, une modification de milieu, un changement de réaction, le mercure enkysté se solubilise et que l'absorption se fasse en masse, non seulement dans un des foyers, celui de la dernière injection, mais à la fois dans une série de foyers, quelquefois très anciens, résidus d'injections antérieures.

Il n'est pas difficile de prévoir ce que va produire l'absorption en une fois de presque tout le mercure de plusieurs doses massives. *Les injections insolubles exposent à des accidents d'intoxication redoutables, mortels.*

Je ne parlerais pas de la stomatite, puisque cet accident peut survenir à la suite de tous les procédés de mercurialisation, si elle ne se présentait, à la suite des injections insolubles, dans des conditions particulièrement fâcheuses.

Sans doute, la stomatite qui débute brusquement dès la première injection ou après deux ou trois, est exceptionnelle, mais lorsqu'elle se produit, on conçoit que le danger soit extrême, puisque le foyer continue à fournir un aliment à l'intoxication, tandis qu'avec tous les autres procédés, il suffit pour arrêter court la stomatite de suspendre le traitement, l'élimination du mercure étant très rapide; aussi est-ce après les injections insolubles qu'on a observé de ces stomatites graves, comme on en observait jadis par la méthode des frictions à outrance ou des fumigations, de ces stomatites qui conduisent à la mort par les désordres locaux ou par la septicémie.

C'est après les injections insolubles, qu'on observe encore *des stomatites tardives ;* ce sont celles qui éclatent d'une manière inattendue après la cessation des injections, quelquefois même longtemps après; il faut admettre alors ou bien que le sel mercuriel accumulé sans être résorbé a trouvé tout à coup des conditions favorables de solubilisation et de résorption, ou bien qu'un des nodus, renfermant à l'état d'enkystement le contenu d'une injection, s'est rompu sous l'influence d'un trauma et a déversé son contenu dans la circulation.

C'est de cette dernière façon qu'on explique les *stomatites dites à répétition :* telle l'observation si suggestive d'Augagneur; un malade, qui avait reçu dans la fesse une seule injection d'huile grise, était pris de salivation chaque fois qu'il recevait un choc sur cette région : il

fallut, pour faire cesser les accidents, extirper la nodosité qui récélait le mercure.

Mais de tous les accidents imputables aux injections insolubles, le plus grave est l'*intoxication hydrargyrique aiguë*, se traduisant soit par l'inflammation du colon allant jusqu'au sphacèle de la muqueuse et se révélant par une diarrhée sanguinolente, soit par la néphrite (albuminurie, anurie), soit enfin par des symptômes généraux graves : collapsus, hypothermie.

Il y a eu des cas d'intoxication de ce genre provoqués par des injections solubles, mais il n'en a pas été signalé de mortels.

Au moins, dans un tableau dressé par le dr Maurange de 14 cas mortels authentiques, il s'est agi exclusivement d'injections de préparations insolubles : de calomel surtout, puis d'huile grise et de salicylate de mercure ; sans doute, on peut incriminer les doses excessives de 10 ou 20 centigrammes de calomel injectées à la fois, mais deux fois la mort paraît avoir été causée par la dose classique de 5 centigrammes : on peut invoquer dans ce cas l'idiosyncrasie, une affection rénale antérieure, l'état de débilité des sujets, etc.

Le nombre des cas de morts à la suite d'injections insolubles renseignés dans la littérature médicale est d'une vingtaine au moins, et il faut dire qu'il y en a encore bien d'autres qui n'ont pas été publiés.

Sans doute, les cas de morts remontent surtout à l'époque du début des injections insolubles, et le dr Julien hésite à les inscrire à l'actif de la méthode : pas un cas, selon lui, ne résiste à un scrupuleux examen : le pharmacien s'était trompé ; on avait injecté à pleine seringue l'huile grise ou des doses excessives de calomel ; on avait répété imprudemment les injections ; on avait négligé d'examiner les urines, etc.

Il était bien forcé cependant de reconnaître qu'il fallait compter avec certaines idiosyncrasies et admettre l'éventualité d'hydrargyries graves, mais, ajoutait-il, quand des accidents graves éclatent, il suffira de se hâter d'inciser le foyer et de le racler à la curette, à l'effet d'enlever le mercure qui s'y trouve encore ; or, on a fait maintes fois cette opération, on a été jusqu'à disséquer aux ciseaux le foyer induré pour l'extraire en entier, jusqu'à enlever toute une partie de muscles, une notable portion du grand fessier par exemple, et il s'en faut de beaucoup qu'on soit toujours parvenu à éviter une terminaison fatale par cette sanglante et pénible intervention.

Aussi, les partisans des injections insolubles feront bien de méditer les paroles du prof. Fournier : « Voilà 32 ans, écrivait-il en 1893, que je traite des syphilitiques, et, si j'ai pu n'en pas guérir un certain nombre, du moins n'ai-je pas sur la conscience la douleur d'en avoir tué un seul par le fait de ma médication. Comment aurais-je donc le droit de souscrire à un traitement qui, dans l'espace de quelques années, a fait une douzaine de victimes ? »

Fournier cependant n'entendait par proscrire absolument les injections insolubles ; au surplus, depuis l'époque où il émettait son jugement, on est arrivé, en usant de prudence et en recherchant les contre-indications, à rendre les injections insolubles à peu près sûrement inoffensives, mais qui osera souscrire à l'opinion formulée par Barthélemy au sujet du traitement de la syphilis, au dernier Congrès de Moscou ? « Jadis, y-disait-il, les frictions mercurielles étaient considérés à juste titre comme la médication héroïque, comme le traitement d'assaut, selon l'expression de Charcot. Aujourd'hui les injections mercurielles insolubles, hebdomadaires, constituent le moyen le plus énergique de lutter contre la vérole, soit l'huile au calomel (0 gr.05 par gramme), soit l'huile grise (3 gouttes et demie) ou 7 centigrammes de mercure métallique par dose, selon la bienfaisante formule de Lang : huit mois pendant la première année d'infection ; six mois pendant la deuxième ; trois mois pendant la troisième ; un an de repos ; puis, reprendre deux mois pendant chacune des trois années suivantes, voilà la prescription, à moins d'indication spéciale. C'est, en somme, la méthode thérapeutique de l'illustre maître, le prof. Fournier, adaptée à la pratique des injections mercurielles. Les injections solubles sous-cutanées, soit de cyanure d'hydrargyre (solution aqueuse à 1 p. c.), soit de bi-iodure d'hydrargyre (un centigramme par gramme d'huile), devant être renouvelées tous les deux jours, ne peuvent être admises comme système courant de traitement prolongé. »

Sans doute, les injections insolubles peuvent rendre des services, mais, comme elles laissent une porte ouverte à toutes les surprises, il faudra des raisons sérieuses, des raisons graves pour y recourir.

Quelles sont ces raisons ?

1° Envisageons d'abord la *promptitude* des effets thérapeutiques.

J'ai dit, à propos des injections solubles, qu'un fait admis actuelle-

ment par tous les syphiligraphes, c'est que les injections mercurielles sont, par leur rapidité d'action, le traitement de choix de toutes les manifestations graves, menaçant la vie du sujet (syphilis cérébrale), ou l'intégrité d'un organe important (syphilis oculaire). Cette indication est-elle fréquente?

La plupart, a écrit Augagneur, des défenseurs des injections leur attribuent une plus grande rapidité d'action.

En théorie cette supériorité est soutenable, mais en pratique rend-elle beaucoup de services? En est-on réduit souvent à ce que l'imprégnation des lésions par le mercure doive se faire vingt-quatre heures plus tôt, et cet intervalle est tout au plus celui qui sépare l'absorption par friction, de l'absorption par injection? La rapidité, l'instantanéité du traitement a de l'importance presqu'uniquement dans les syphilis cérébrales, et encore dans les cas exceptionnels.

Mais c'est aux injections solubles qu'on aura recours alors en général; *les injections insolubles ne seront permises d'emblée que dans le cas de manifestations particulièrement graves, ou encore lorsqu'il y a un intérêt pressant à établir un diagnostic sur des bases indiscutables*; ainsi, les injections de calomel, permettant de juger en peu de jours la nature syphilitique d'une lésion, seront employées lorsqu'il s'agit de fixer, à la veille d'une opération, la nature d'une tumeur douteuse : gomme ou cancer de la langue, par exemple, ou encore lorsqu'il s'agit de s'assurer de la nature de certaines manifestations suspectes des centres nerveux.

2° Envisageons maintenant la question de *sûreté* et d'*énergie* de l'action thérapeutique; à ce titre, *les injections insolubles sont indiquées formellement en cas d'échec de tous les autres procédés, injections solubles comprises.*

Augagneur ne reconnaît pour sa part qu'une seule indication aux injections, c'est l'échec des frictions.

En raison des dangers des injections, dit-il, nous ne sommes autorisés à les employer que si les autres méthodes ont été impuissantes. En présence de la syphilis bénigne, la voie gastrique suffit, la syphilis plus grave réclame les frictions, et, si les frictions ne réussissent pas, nous pouvons tenter les injections.

Parmi les manifestations rebelles, qui ont valu aux injections insolubles leurs plus beaux succès, citons les glossites tertiaires, les laryn-

gites graves, les syphilides lupiformes ou hypertrophiques, la syphilis pigmentaire, la syphilis oculaire, le psoriasis palmaire.

Les syphilis à allures malignes, les syphilis à manifestations sans cesse récidivantes en dépit du traitement sont aussi justiciables des injections insolubles.

3° Reste à envisager la question de la *commodité* du traitement. A ce titre, *les injections insolubles auront la préférence sur les solubles lorsque, en cas d'indication de la voie hypodermique, les piqûres ne pourront être faites journellement.*

Mais, il ne suffit pas de dire que les injections insolubles n'interviendront dans le traitement de la syphilis que dans des cas exceptionnels; il faudra encore, avant d'être autorisé à y recourir, s'assurer qu'il n'existe aucune contre-indication.

Parmi les contre-indications absolues aux injections en général, mais surtout aux injections insolubles, se trouve le défaut d'intégrité de l'hémonctoire rénal, puisque c'est par cette voie que s'élimine en grande partie le mercure ; aussi, l'albuminurie est-elle une contre-indication aux injections, exception faite pour l'albuminurie liée à une lésion syphilitique du rein ; le diabète, les lésions cardiaques, la cachexie générale et à la rigueur aussi le mauvais état de la bouche contre-indiqueront également les injections insolubles.

En ce qui concerne la *technique*, pour ne pas répéter ce que j'ai dit à propos des injections solubles, je me contente d'insister sur quelques points spéciaux.

Les injections insolubles seront pratiquées avec la plus rigoureuse asepsie : la moindre négligence à cet égard peut être cause d'un phlegmon ou d'un abcès; les conditions ne sont pas les mêmes que pour les injections solubles : le véhicule, dans lequel surnage la poudre de calomel ou le mercure métallique, et ces substances insolubles elles-mêmes ne sont doués en effet d'aucune propriété antiseptique, et devront être soigneusement stérilisés, tandis que les solutions de bichlorure ou de cyanure, grâce à leurs propriétés microbicides, peuvent être considérées à priori comme stériles.

Les injections insolubles ne seront pratiquées qu'en certaines régions déterminées, particulièrement tolérantes, avant tout dans le *fossette rétro-trochantérienne*, dans la *fesse* ou au niveau de l'*ensellure lombaire;* l'injection se fera *en deux temps.*

Les injections seront répétées tous les huit ou quinze jours : cela dépendra de la dose employée; 3 à 6 piqûres seulement seront, d'après cela, nécessaires pour une cure.

Quant aux composés mercuriels, on a successivement préconisé le calomel, l'oxyde jaune et le salicylate de mercure, et enfin, le mercure métallique; l'oxyde jaune et le salicylate sont des préparations infidèles, aussi dangereuses à manier que le calomel, sans en avoir l'efficacité; aussi, n'en est-il plus guère question.

Le calomel fournit incontestablement les injections les plus actives, ce qui provient sans doute de ce que la transformation du protochlorure en bichlorure dans les tissus est relativement aisée; d'autre part, on s'accorde à reconnaître que le mercure métallique — injecté sous forme d'huile grise — provoque moins de douleurs et expose moins à des accidents graves d'intoxication que le calomel; de là, la préférence que l'on accorde, en Allemagne particulièrement, à l'huile grise.

Cette préférence est-elle justifiée? Si l'huile grise est plus aisément tolérée par les tissus et par l'économie, il est certain qu'elle est moins active; puis, elle est difficile à préparer et à conserver bien homogène : ce qui contrarie le dosage rigoureux du mercure injecté; en somme, les injections de calomel se recommandent volontiers aux médecins praticiens.

Le calomel exigé pour les injections est le *calomel à la vapeur;* il devra être porphyrisé exactement, si on veut l'empêcher d'obstruer les canules des seringues; on conseille de le laver soigneusement à l'alcool bouillant, puis de le sécher à l'étuve, en vue à la fois de le purifier et de l'aseptiser, mais à la rigueur, il suffira de le stériliser en même temps que le véhicule.

Le véhicule lui-même peut varier; l'eau simple, l'eau additionnée de chlorure de sodium, ou mieux, en vue de favoriser l'émulsion. l'eau gommeuse ou l'eau additionnée de glycérine.

R.	Calomel. vapore parati	
	Natri chlorati	aâ 5
	Aq. destill.	50
	Mucil. gummi arab.	2

ou bien :

R.	Glycérine }	aâ
	Eau distillée }	10 grammes
	Calomel à la vapeur	2 grammes

On a voulu proscrire, comme plus douloureux, les mélanges où l'eau sert de principal véhicule, pour y substituer des véhicules huileux, l'huile d'olives, et surtout la vaseline *liquide*, soit :

Calom. vapore parati	1
Olei oliv. pur.	10

ou bien :

Olei vaselini	10

Tous ces mélanges doivent être stérilisés, non seulement au moment de leur préparation, mais encore, ce que je ne néglige jamais pour ma part, chaque fois qu'ils sont employés; la stérilisation se fait simplement en laissant le flacon au bain-marie pendant quelque temps dans de l'eau en ébullition.

Il existe dans le commerce des ampoules, stérilisées, scellées à la lampe, renfermant la dose d'huile au calomel nécessaire pour une injection; elle sont très commodes pour les praticiens.

Une seringue de Pravaz de tous ces mélanges contient 10 centigrammes de calomel; on n'en injectera à la fois que la moitié d'une seringue, soit 5 centigrammes, même un peu moins la première fois, pour tâter la susceptibilité du sujet; on y reviendra tous les huit jours au plus tôt, et on ne se résoudra pas facilement à dépasser le nombre de 4 à 5 injections successives.

J'ajouterai que, quelque précaution que l'on prenne pour obtenir par l'agitation un mélange homogène, le calomel se précipite en partie sur le piston ou au fond du cylindre de la seringue, si bien que la dose réellement confiée aux tissus ne peut être dosée rigoureusement.

Julien voulait faire varier la dose avec le poids du sujet et il avait établi l'échelle suivante : à un sujet de 50 kil. on administrera 5 centigr.; de 60 kil. 6 centigr.; de 70, 7 centigr.; on graduerait les doses de 7 à 10 centigr. pour les malades entre 70 et 80 kilogr, en tenant compte de leurs résistances individuelles.

L'huile grise, qui a été imaginée par Lang, est un onguent mercuriel liquide; seulement, au lieu d'être éteint dans l'axonge, le mercure est éteint dans un corps gras liquide ou mou; dans la formule classique, le mercure est d'abord broyé avec la lanoline, puis on ajoute l'huile d'olives.

Il y a deux formules, l'une à 30 p. 100, qui contient en poids

40 p. 100 de mercure par centimètre cube, l'autre à 50 p. 100, qui en contient 85 p. 100: voici la formule de l'huile forte :

Hydrargyri	10
Lanolin	
Olei olivar. pur.	aâ 5

L'huile grise, ainsi préparée, est ferme à basse température, et, après avoir été ramollie dans l'eau chaude, ou stérilisée à différentes reprises, elle conserve difficilement son homogénéité et le dosage rigoureux du mercure injecté n'est plus possible; il faudra la renouveler souvent.

La formule suivante, proposée par Neisser et Balzer, est d'une préparation plus difficile encore que l'huile grise :

Mercure purifié	20 grammes.
Teinture de benjoin	5 »
Vaseline liquide	40 »

De cette dernière formule, qui contient par gramme 36 centigr. de mercure métallique, on injecte en moyenne un quart à un tiers d'une seringue, et la même quantité à peu près de la formule primitive de l'huile grise à 50 p. c..

D'après les calculs de Ullmann, chaque dixième de seringue de l'huile grise à 50 p. c. introduit autant de mercure sous la peau que 11 injections de 1 centigramme de sublimé.

Une injection tous les 8 ou 10 jours.

Traitement de la syphilis par l'iodure.

Je n'insisterai pas sur les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure de potassium. Le prof. Fournier, qui les a le mieux étudiés, les rapporte tous indistinctement à une véritable idiosyncrasie; celle-ci ne peut être prévue, mais il est aisé de la surprendre dès le début de l'administration du remède.

A quelle dose faut-il administrer l'iodure dans la syphilis? L'expérience a appris que la dose efficace dans la généralité des cas est de *3 grammes par jour* pour un homme adulte. Il ne faut jamais descendre sensiblement en dessous de cette dose, si l'on veut obtenir des effets thérapeutiques certains et suffisants; j'ai eu souvent occasion de constater combien les praticiens pèchent sous ce rapport par excès de prudence.

D'autre part, la dose de 3 grammes est généralement suffisante et *il faut des raisons spéciales pour recourir à une dose sensiblement plus élevée*; ces raisons sont en somme les mêmes que celles qui nécessitent les traitements mercuriels les plus énergiques, frictions, injections, à savoir les cas de *lésions particulièrement graves*, ou de *lésions rebelles aux doses ordinaires*.

En pareil cas, on arrivera rapidement ou même d'emblée à des *doses journalières de* 10 *à* 12 *grammes;* Fournier trouve inutile d'aller à des doses plus élevées; par exemple, aux doses de 20, 30, 40, 50 grammes par jour, ainsi qu'on l'a proposé pour les cas rebelles et graves, et, au nom de l'expérience, il affirme ceci : ce qu'une dose de dix grammes ne produit pas, une dose supérieure ne le produit pas davantage.

Quant au mode d'administration, l'iodure de potassium se prend, pouvons-nous dire, exclusivement par la bouche; on a conseillé les injections sous-cutanées qui sont douloureuses et irritantes et les lavements ne sont indiqués que dans les cas exceptionnels d'intolérance gastrique.

L'iodure ne se prescrit commodément dans la syphilis qu'en solution; les pilules, les dragées d'iodure, ne renfermant nécessairement qu'une dose minime du remède, devraient être données en quantité notable pour fournir la dose utile.

D'autre part, l'iodure n'est bien toléré par l'estomac qu'en solution et encore en solution très étendue.

On peut s'en tenir à la simple solution dans l'eau commune ou l'eau distillée; Fournier conseille de prescrire invariablement, de façon à ce que chaque cuillerée à soupe de la solution renferme un gramme, mais cette solution elle-même ne sera pas donnée pure, car elle serait encore trop irritante pour l'estomac; la cuillerée sera prise dans un verre d'eau sucrée, d'un sirop, d'une liqueur quelconque, dans le lait ou mieux encore dans la bière. On donnera 1 gramme à la fois, immédiatement avant les repas, quelquefois pendant les repas.

Traitement mixte.

Lorsqu'il y a lieu de recourir simultanément au traitement mercuriel et au traitement ioduré, comment faut-il administrer les deux remèdes?

Il y a deux façons de procéder, ou bien donner les deux remèdes par la même voie, laquelle sera nécessairement la voie gastrique, la seule accessible à l'iodure, ou bien les donner par des voies différentes, c'est-à-dire ne donner que l'iodure par la bouche et choisir une autre voie d'administration pour le mercure.

1° *Traitement mixte par la voie gastrique.* Les uns associent les deux remèdes dans la même préparation pharmaceutique — ce qui a l'avantage de la simplicité et de l'économie — les autres les prescrivent isolément.

L'association la plus connue du mercure et de l'iodure dans la même formule est le sirop de Gibert :

R.	Sirop simple	500 grammes
	Biiodure d'hydrargyre	20 centigrammes
	Iodure de potassium	10 grammes.

Une cuillerée à soupe de 15 grammes de ce mélange contient 6 milligrammes de sel mercuriel et 30 centigrammes d'iodure de potassium, de sorte qu'en donnant, selon l'habitude, trois cuillerées à soupe par jour, la dose journalière d'iodure atteint à peine un gramme et est absolument insuffisante.

D'autre part, on ne peut songer à augmenter le nombre des cuillerées à prendre journellement, jusqu'à arriver à une dose suffisante d'iodure, parce qu'on atteindrait ainsi une dose de sel mercuriel impossible à faire tolérer par l'estomac d'abord — le biiodure étant très irritant — et par l'économie — le biiodure étant toxique.

Si l'on veut conserver la formule générale du sirop de Gibert, il faudra donc doubler ou même tripler la dose d'iodure qu'il contient.

En formulant ainsi, par exemple,

Sirop simple	500 grammes
Biiodure d'hydrargyre	20 centigrammes
Iodure de potassium	20 grammes,

et en faisant prendre quatre cuillerées à soupe de la potion quotidiennement, nous atteindrons une dose convenable des deux médicaments, soit approximativement 2 1/2 centigrammes de biiodure de mercure et 2 1/2 grammes d'iodure de potassium.

Fournier trouve que le sirop de Gibert ne mérite pas la vogue dont il jouit, d'abord parce que sa saveur excessivement désagréable répugne

à un grand nombre de malades, ensuite parce qu'il n'est pas toléré par l'estomac aux doses requises; je n'ai pas trouvé, quant à moi, que l'intolérance pour le sirop de Gibert fût fréquente et il n'y a pas d'objection sérieuse à l'usage du sirop de Gibert, modifié bien entendu, comme je viens de le dire.

Au lieu du biiodure, on peut avoir recours au bichlorure de mercure, moins irritant, moins toxique, et prescrire la liqueur de Van Swieten et la solution d'iodure séparément.

En prescrivant, par exemple, d'une part,

Liq. de Van Swieten	300 grammes,

et d'autre part,

Iodure de potassium	20 grammes
Eau distillée	300 grammes,

nous aurons deux formules simples, faciles à retenir et dont le dosage est excessivement facile : deux à trois cuillerées à soupe de *chacune* des deux potions par jour.

Seulement, il faudra faire prendre les deux potions à des repas différents, ou au moins l'une avant, l'autre après les repas, car leur mélange aboutit à la formation de biiodure de mercure en lieu et place du bichlorure comme dans le sirop de Gibert, et devient irritant pour l'estomac.

Il y a encore un moyen pratique de faire prendre séparément les deux remèdes, c'est de donner l'iodure en potion et le mercure en pilules, pilules de protoiodure ou pilules de sublimé, l'iodure serait pris avant les repas, la pilule de mercure après, ou bien l'un et l'autre remède seraient donnés à des repas différents; seulement, je rappellerai que la forme pilulaire n'est pas aussi recommandable que les solutions pour l'administration du mercure par la bouche.

B. *Traitement mixte par des voies différentes.* L'administration simultanée du mercure et de l'iodure par la bouche a en sa faveur la commodité et la simplicité du traitement, mais faut-il redire que la mercurialisation par la bouche est de toutes la plus lente, la moins sûre et la moins énergique?

Or, quand le traitement mixte est indiqué, c'est surtout, ainsi que je l'ai dit, lorsque les manifestations de la syphilis sont particulière-

ment graves ou opiniâtrement rebelles ; c'est alors précisément que les procédés les plus énergiques de mercurialisation trouvent leur indication.

A ce titre et en vue également de ménager l'estomac qui tolère difficilement à la fois un sel mercuriel et de l'iodure à fortes doses, *le traitement mixte le plus recommandable en thèse générale sera de donner l'iodure seul par la bouche et de donner le mercure en frictions.*

Lorsque les frictions mercurielles ne pourront être acceptées, ou bien lorsque le traitement mixte ainsi dirigé n'aura pas donné le résultat attendu, ou encore, lorsqu'on supposera, en présence de la gravité de la situation, que les frictions n'agiront ni assez vite ni assez énergiquement, le traitement mixte, au moyen de l'iodure à l'intérieur et des injections sous-cutanées de préparations mercurielles solubles, voire même insolubles, s'imposera.

En terminant cette étude, je m'excuserais volontiers de lui avoir donné des développements aussi étendus, si je n'avais la conviction que ceux-ci ne sont nullement hors de proportion avec l'importance du sujet. Dr DANDOIS.

ÉTUDE SUR LES VARIATIONS DU LAIT MATERNEL (1).

Souvent le médecin est sollicité par les parents à examiner la nourrice qu'ils destinent à leur bébé.

Après un examen médical complet, on demande à voir le nourrisson, et, si celui-ci est bien portant, la décision est vite prise : La nourrice est excellente.

Mais que de fois n'est-il déjà pas arrivé que le nouveau nourrisson ne profite pas. Le médecin se serait donc trompé ! Et vite on change de nourrice. L'enfant ne se développe pas encore ? Une troisième,

(1) D'après les analyses de Baumm et Illner, publiées dans *Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge.*

une quatrième nourrice n'ont guère plus de succès. Enfin une cinquième parvient à faire progresser le poids de l'enfant dans les limites physiologiques.

Il semble donc y avoir des variations considérables dans *la qualité du lait*. C'est là en effet une opinion ancrée dans le public médical.

On croit généralement que l'âge de la nourrice doit correspondre à celui de l'enfant à nourrir. Le régime de la nourrice aurait une influence considérable sur la composition du lait.

Toutes ces données sont admises, mais ne se basent sur aucune preuve expérimentale certaine.

Seules des analyses méthodiques répétées pouvaient trancher la question.

I. Analyses faites, chez des mères bien portantes, soumises à leur régime habituel et dont les enfants se développèrent normalement.

Régime :

1er déjeuner.	1/2 litre café au lait sucré. Petits pains.
2me »	Pain beurré 200 gr.
Midi.	1/3 litre de potage. Viande bouillie ou rôtie, ragoût, poisson : 125 gr. avec légumes, pommes de terre.
A 4 h.	1/2 litre café au lait avec petits pains.
Souper.	Pain beurré 200 gr. et viande ou fromage, ou pommes de terre, ou hareng.

Les trois ou quatre premiers jours, régime plus léger : 1 litre de lait, 1/4 litre de potage et 5 petits pains.

En parcourant les résultats des analyses faites, nous arrivons aux conclusions suivantes :

Caractères physiques du lait.

Le *poids spécifique* a varié de 1036 à 1026, en moyenne 1030. La *couleur* est blanc bleuâtre. Dans les premiers jours le lait est plus jaunâtre à cause des corpuscules de colostrum. Dans quelques cas le lait a conservé sa teinte jaunâtre jusqu'au 21e jour. Dans la plupart des observations, le lait avait sa couleur normale le 7e ou le 9e jour.

La *réaction* a toujours été nettement alcaline.

Examen microscopique.

Les globules graisseux sont au début de la lactation plus volumineux. D'après Fleischmann des globules trop grands ou trop petits pourraient nuire à la nutrition régulière de l'enfant. Baumm et Illner n'ont pas pu contrôler le fait.

Analyse chimique.

Des analyses rigoureusement exactes faites les différents jours des couches ont permis de constater *des variations nombreuses dans les parties constituantes du lait d'une même femme.*

Prenons au hasard les résultats de la 14me observation.

JOUR	POIDS SPÉC.	COULEUR	RÉACTION	ALBUMINE	GRAISSE	SUCRE	CENDRES	ÉVAP. A 100°	POIDS DE L'ENFANT
5	1036	jaune	alcaline	2.106	2,090	6.057	0.220	11.473	3300
9	1034	blanc	id.	1.976	2.760	6.555	0.200	11.491	3385
13	1035	id.	id.	1.834	4.490	6 060	0.220	12.604	3580
17	1034	id.	id.	1.724	1.420	6,225	0.200	9.609	
21	1034	id.	id.	1.834	2.850	6.855	0.180	11.739	3785
26	1032	id.	id.	1.544	2.890	6.330	0.200	10.944	
31	1032	id.	id.	1.624	3.230	6.540	0.220	11.614	3890
36	1033	id.	id.	1.464	2.360	6.510	0.200	10.534	
43	1033	id.	id.	1.414	2.160	6.930	0 220	10.724	
83	1033	id.	id.	1.794	2.930	6.420	0.220	11.364	

De l'examen attentif de toutes les analyses, il résulte que les plus grandes variations observées sont :

Albumine	1.66	9 analyses du 4me au 34me jour
Graisse	3.07	10 analyses du 5me au 53me jour
Sucre	1.97	6 analyses du 4me au 25me jour
Cendres	0.16	7 analyses du 7me au 37me jour
Évap. à 100°	2.995	10 analyses du 5me au 83me jour

La graisse subit donc les plus grands écarts.

Les analyses ayant été faites avec le lait de femmes bien nourries, dont les enfants se développèrent admirablement bien, on peut en conclure que *les variations observées dans la composition constituent des variations normales, physiologiques.*

Si maintenant nous examinons le tableau où sont mentionnées les moyennes trouvées pour chaque femme, nous y voyons que les plus grandes variations sont :

Albumine	0.704
Graisse	2.080
Sucre	2.065
Cendres	0.100
Évap. à 100°	2.880

Le lait de deux nourrices différentes ne présente donc pas de si grandes différences dans sa composition que le lait d'une seule et même nourrice, aux différents jours de la lactation.

Que penser de l'influence de l'âge de la nourrice sur la composition du lait ?

D'après les analyses faites (de 18 à 40 ans) *nous ne trouvons aucun rapport entre l'âge de la nourrice et les parties constituantes de son lait.*

Une mère d'un enfant plus jeune ne peut pas nourrir un enfant plus âgé, pour le moins l'enfant de la nourrice doit avoir 6 semaines en plus que le nouveau nourrisson. Sur quoi se base cette assertion ?

Examinons le tableau où sont classées les diverses analyses faites du 1er au 83e jour (les analyses ne portent malheureusement pas plus loin) :

Nous y trouvons une légère diminution d'*albumine* qui commence à se manifester dès les premiers jours de la lactation, diminution qui s'arrête bientôt, de sorte que vers le 17me jour, la quantité reste quasi constante et cela jusqu'au 83e jour (limite des analyses faites).

La *graisse* ne subit pas de variations en rapport avec le jour de la lactation.

Le *sucre* augmente légèrement dès les premiers jours.

La composition chimique du lait ne subit donc pas de changements notables et constants en rapport avec l'âge du lait et nous pouvons affirmer qu'un lait du 10me tout au plus tard du 17me jour est aussi bien constitué, que le lait de la 4me, même de la 6me semaine, il est donc injuste de *renvoyer d'emblée* une jeune nourrice qui viendrait se présenter pour nourrir un enfant plus âgé.

Une primipare donne-t-elle un autre lait qu'une multipare ?

Si nous constatons une légère diminution dans les parties constituantes du lait des pluripares, cette diminution est négligeable, et si nous comparons ce lait avec un lait de composition moyenne, *nous*

voyons que la différence est bien plus minime que les écarts journaliers que nous constatons chez une seule et même nourrice.

De même *le lait de femmes fortes bien constituées est identique au point de vue chimique à celui de femmes chétives, faibles.*

Ce qui est plus curieux, c'est que le lait des femmes dont le nouveau-né était fort, solide au moment de sa naissance, présente au point de vue de sa composition une diminution dans la quantité de ses éléments constitutifs, *au contraire quand le nouveau-né est chétif, faible, le lait est plus concentré.* (Illner et Baumm ont pris comme limite 3000 gr.). C'est comme si la nature prévoyante voulait donner à cet être chétif, incapable de prendre une *quantité* de lait suffisante, une nourriture plus substantielle, sous un petit volume.

II. Analyses faites chez des mères soumises à différents régimes exceptionnels, ou se trouvant dans des conditions spéciales.

C'est encore une fois la graisse, dont la quantité subit le plus de variations. Rarement on trouve des changements appréciables en albumine, sucre, cendres.

a) *Suralimentation.* C'est le régime dont l'influence est la plus manifeste. Dès la cessation du régime, le taux de la graisse diminue. Déjà au bout de deux jours, l'effet du régime se laisse déceler dans le résultat des analyses. Ces données concordent du reste avec les expériences faites chez les animaux (vaches, chèvres, chiens).

b) *Albuminoïdes en excès.* (Bouillon, viandes, œufs, fromages, très peu de pain et de pommes de terre; pas de graisses, pas de sucre, pas de farineux).

Augmentation du taux de la graisse, comme dans le cas précédent. Pas de changements notables dans les autres substances.

c) *Hydrates de carbone en excès* (le moins possible d'aliments renfermant de l'albumine. Pain beurré, farineux, pommes de terre, café sucré, beaucoup de graisse).

Influence nulle sur la composition du lait.

d) *Boissons abondantes.* Ce régime ne modifie la composition du lait que pour autant que le véhicule liquide renferme des substances nutritives en excès.

Substances aigres, salées, légumes : aucune influence sur le taux des parties constituantes du lait.

Menstruation. Action nulle.

Nous pouvons donc conclure que le lait montre une grande stabilité dans sa composition. Si le taux de la graisse varie, notamment dans la suralimentation, et dans le cas d'excès de substances albuminoïdes, ces variations ne dépassent guère celles qu'on observe chez une nourrice soumise à son régime habituel.

Dans toutes ces expériences, les enfants se sont bien développés, et ont augmenté régulièrement de poids.

Il n'est donc pas possible par une alimentation spéciale de la nourrice de favoriser le développement du nourrisson.

Des analyses ont été faites, dans le cas de fièvre, de néphrite, de catarrhe gastro-duodénal, à la suite d'émotions morales : dans aucun des cas le lait n'a montré de variations spéciales, et les enfants se sont toujours bien développés.

Nous devons donc chercher *ailleurs que dans la qualité du lait*, les raisons pour lesquelles un enfant ne se développe pas chez telle ou telle nourrice.

Et souvent nous trouverons chez le nourrisson un état maladif du tube gastro-intestinal, état qui dépend la plupart du temps de la constitution même de l'enfant (un certain nombre d'enfants naissent avec de mauvais tubes digestifs) ou bien résultant d'une alimentation mal réglée.

Et c'est là la cause la plus fréquente, la seule même, quand on ne peut invoquer le trop peu d'abondance de lait chez la nourrice.

Car, autant le lait présente de stabilité dans sa composition chimique en dehors de ses variations normales physiologiques, autant il présente de variations dans sa *quantité*.

La plus ou moins grande abondance du lait dépend avant tout du *développement des glandes mammaires*, et c'est probablement là la cause du peu de lait chez les femmes obèses.

Des *nourrices faibles, délicates, très jeunes ou âgées*, donnent d'habitude peu de lait.

Des influences débilitantes (diarrhées rebelles, faim, maladies fébriles) diminuent considérablement la sécrétion mammaire.

Decaisne cite pourtant le cas de femmes affamées pendant le siège de Paris qui ont continué à nourrir leurs enfants et cela avec de bons résultats. Ce sont évidemment des exceptions.

Les multipares ont d'habitude plus de lait que les primipares. Ce qui paraît dépendre du développement plus grand des glandes mammaires chez les premières.

Après des accouchements prématurés ou *la naissance d'enfants morts*, la quantité de lait est en dessous de la normale.

La menstruation agit différemment d'après Pfeiffer, selon que les règles reviennent au début de l'allaitement ou ne se montrent que vers la fin.

Dans le premier cas, il y a seulement une diminution momentanée dans la quantité du lait, diminution qui se fait sentir au moment de chaque époque, et dont l'enfant se ressent. Fleischmann, Ahlfeld et d'autres ont démontré qu'à ce moment l'enfant n'augmente plus de la quantité moyenne normale.

Dans le second, la diminution est la règle et elle est d'habitude très rapide.

Quant à l'*alimentation*, il n'y a pas encore jusqu'ici d'expériences concluantes qui prouvent que chez la femme la quantité du lait puisse augmenter par telle ou telle nourriture spéciale, pas même par les boissons abondantes.

A part quelques variations normales physiologiques, la composition chimique du lait présente donc une grande stabilité, la quantité du lait au contraire varie considérablement d'une femme à l'autre, mais ne peut guère être augmentée artificiellement.

Il en résulte donc que, pour juger de la valeur d'une nourrice, il est nécessaire d'examiner si la quantité de lait sécrété est suffisante pour nourrir l'enfant qu'elle devra élever.

Deux questions se posent donc :

1° Combien de lait l'enfant prend-il à chaque têtée ?

2° La nourrice est-elle en état de produire cette quantité ?

A la seconde question, il sera facile de répondre en vidant complètement le sein, 2 à 3 h. après une têtée.

Quant à la première, la réponse est plus difficile et franchement quand on consulte dix auteurs on trouve dix données différentes. Il serait donc difficile de donner des moyennes exactes.

Cela se conçoit du reste, tel enfant fort prendra par exemple beaucoup plus qu'un autre enfant plus faible ; si le lait coule facilement, la quantité prise sera d'ordinaire plus abondante.

Il serait par conséquent absolument impossible au médecin de garantir que telle nourrice sera bonne, qu'elle donnera suffisamment de lait, que telle autre ne conviendra pas.

Les pesées régulières du bébé pourront seules faire juger de la valeur de la nourrice; si l'enfant augmente régulièrement, c'est que le lait coule en quantité suffisante. S'il n'augmente pas, ce sera au médecin à voir, si c'est bien la nourrice qui est en faute, et si ce n'est pas, comme il arrive très souvent, le tube gastro-intestinal de l'enfant qui est dans un état pitoyable. A cet enfant donnez cent nourrices différentes, il ne se développera pas plus avec la dernière qu'avec la première, et tout médecin aura rencontré dans sa clientèle de ces enfants que ni le Soxhlet, ni la nourrice ne pouvaient faire progresser régulièrement en poids. Ces petits êtres chétifs meurent au bout de quelque temps, ou bien finissent à la longue par pouvoir enfin digérer et on les voit alors se développer et cela même assez rapidement.

Dr J. DE KONINCK.

DE L'ÉCARTEMENT PERMANENT DE LA SYMPHYSE PUBIENNE APRÈS LA SYMPHYSÉOTOMIE.

Au Congrès de Moscou (août 1897), Varnier, se basant sur 76 pelvitomies, démontra que la symphyséotomie réunie par première intention était suivie d'une restauration fonctionnelle parfaite, qu'elle n'apporte aucune gêne, aucun trouble dans les grossesses et les accouchements ultérieurs et qu'elle peut sans difficulté et sans inconvénient être faite plusieurs fois chez la même femme. Jusqu'à présent, ajoutait-il, il n'est nullement démontré que la symphyséotomie agrandisse le bassin pour l'avenir, bien que sur 17 femmes redevenues enceintes après une première symphyséotomie, 4 seulement aient dû être symphyséotomisées une seconde fois avec plein succès d'ailleurs.

« A l'examen du pubis, il nous a toujours paru que les pubis étaient en contact. »

Mais depuis lors, grâce à la radiographie, ce point intéressant a pu être mieux étudié.

A la séance du 6 octobre 1899 (Soc. d'obstétrique de Paris), Varnier a présenté les résultats de 33 radiographies. Il divise les bassins radiographiés en 3 groupes :

1° Un premier groupe comprend 18 bassins où l'écartement vrai

entre les pubis ne dépasse pas *11 à 12 mm.* alors que l'écartement interpubien radiographique de 30 bassins symétriques non symphyséotomisés est en moyenne de *5 à 6 mm.* (min. 3 — maxim. 9). Il est évident que ce faible écartement ne peut guère influencer favorablement le diamètre utile — et si l'accouchement est spontané lors d'une grossesse ultérieure — il faudra chercher l'explication dans le moindre volume du fœtus, dans une réductibilité plus grande, dans une meilleure accommodation de la tête.

2° Un second groupe comprend 10 bassins dont les épreuves radiographiques nous montrent un écartement de *19 à 25 mm.*

Si cet écartement permanent ne fait guère gagner au diamètre utile que 5 mm. environ, il n'en est pas moins vrai qu'il peut suffire dans les bassins limites pour assurer un accouchement spontané.

3° Un troisième groupe enfin comprend 5 bassins où l'écartement est de *24 à 90 mm.* Inutile de dire qu'une telle distance entre les pubis doit présenter des avantages réels au point de vue obstétrical. Si donc il était démontré qu'un tel écartement approchant de 4 cm. est compatible avec une restauration du pelvis, on serait porté naturellement à croire qu'après la symphyséotomie, il n'est pas toujours rationnel de diriger ses efforts vers le retour à l'état antérieur, et que, s'il est un moyen de permettre aux pubis de se réunir à distance, il faut user de ce moyen. Des observations cliniques déjà nombreuses ont prouvé qu'il ne faut nullement redouter le relâchement des symphyses postérieures chez les symphyséotomisées à écartement permanent de plusieurs centimètres. Varnier conclut dans son travail, qu'un écartement permanent de 3 à 4 cm., capable de produire pour certains bassins, un agrandissement notable du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ou du diamètre transverse du détroit inférieur est sans grand inconvénient sur la statique pelvienne à condition qu'il y ait une union fibreuse solide des pubis. Et dans une autopsie qu'il a eu l'occasion de faire deux ans après une symphyséotomie, il a vu nettement les pubis réunis non seulement par la reconstitution du manchon fibreux périsymphysien, mais par la reconstitution d'une vraie symphyse, ne différant macroscopiquement d'une symphyse normale que par sa plus grande largeur. Alors on comprend la restauration fonctionnelle parfaite, l'absence de mobilité anormale et de toute dépression interpubienne appréciable par le palper ou le toucher.

Dr J. DE KONINCK.

LES VOMISSEMENTS DES TUBERCULEUX ET LEUR TRAITEMENT.

En 1737 déjà, Morton écrivait que la disposition à vomir est un des signes pathognomoniques les plus certains de la phtisie; le dr Plicque, en rappelant cette particularité, ajoute que ce signe a le grand avantage d'être extrêmement précoce.

Pour apprécier l'importance de ce symptôme, il faut savoir que la toux avec vomissements ne se voit guère que dans les cas de coqueluche et de tuberculose; théoriquement, on pourrait en ajouter un troisième : les tumeurs du médiastin. La toux coqueluchoïde émétisante peut être, en effet, due aux compressions du pneumo-gastrique par ces tumeurs; mais celles-ci sont rares et les plus communes, les adénopathies, sont neuf fois sur dix au moins de nature tuberculeuse.

Pratiquement, le problème se trouve donc circonscrit entre la coqueluche et la tuberculose au début. Rarement sa solution offre des difficultés réelles. L'âge du malade, le milieu épidémique, le terrain, la notion d'une coqueluche antérieure fourniront déjà d'importantes présomptions. La toux de la tuberculose est plus émétisante encore que celle de la coqueluche, mais elle est moins quinteuse, elle n'offre pas la reprise caractéristique. Elle s'accompagne très souvent d'un état anémique marqué, très souvent aussi de palpitations. Les nausées font défaut dans un cas comme dans l'autre. Dans un cas comme dans l'autre, les premières heures de la nuit amènent une aggravation. C'est le repas du soir qui est le plus souvent vomi.

En l'absence de coqueluche, la toux émétisante constituerait un signe de tuberculose presque certain; sa valeur, selon le dr Plicque, serait au moins égale à celle d'une pleurésie, d'une hémoptysie, d'une respiration rude au sommet; il met surtout en garde contre le diagnostic erroné de simple dyspepsie, diagnostic d'autant plus trompeur que les vomissements, très pénibles au début, tendent en effet à aller d'eux-mêmes s'atténuant. Les révoltes stomacales s'apaisent à mesure que la tuberculose du poumon progresse. Il est naturel d'attribuer cette amélioration spontanée au traitement dirigé contre la dyspepsie. Avec un peu d'attention, on évitera cette grosse faute de pronostic. Le malade vomit de moins en moins; mais il dépérit et s'affaiblit de plus en plus.

En dehors des vomissements, il n'y a le plus souvent chez ces malades que peu de troubles stomacaux. L'appétit peut même être assez bon; la langue reste presque toujours remarquablement nette et propre. Lasègue avait bien insisté sur la valeur de cette langue humide non saburrale chez un malade fébricitant, qui ne se rencontre guère en dehors des tuberculeux, L'estomac est souvent dilaté, toujours

même, d'après Marfan. Cette dilatation risque plutôt d'égarer que de guider le diagnostic.

Pour le traitement des vomissements de début de la tuberculose, l'indication principale consiste avant tout à *traiter l'état général;* on fera le traitement de la tuberculose par la cure d'air, la cure de repos, le séjour à la campagne.

Pour combattre directement les vomissements, la *révulsion* constituerait un moyen de premier ordre : petits vésicatoires ou pointes de feu, de préférence au creux épigastrique, ou bien, à un des sommets, si l'auscultation y donne des signes même très légers; les injections sous-cutanées d'eau distillée préconisées par Tripier réussiraient aussi souvent.

Les *calmants* de la toux les plus divers ont été essayés. Tous comptent des succès. Fonssagrives donnait par jour 4 à 5 grammes *d'eau de laurier-cerise.* Peter préférait, au moment de la quinte, cinq ou six gouttes de la solution de *morphine* au cinquantième. Le *laudanum* à dose de trois à quatre gouttes, les *gouttes noires* anglaises à dose d'une à deux gouttes sont indiqués quand les vomissements s'accompagnent d'une tendance à la diarrhée. Les *bromures*, la *valériane* peuvent trouver exceptionnellement leur emploi chez quelques sujets d'un nervosisme excessif. Guéneau de Mussy se servait beaucoup de la *belladone.* Il donnait après chaque repas une à deux des pilules suivantes :

Extrait mou de quinquina	0 gr. 10
Extrait de belladone	0 01

Pour une pilule.

La *cocaïne*, le *menthol* ont été également utilisés avec succès.

Le dr Plicque cite les deux formules suivantes :

1° Eau de laitue	150 grammes.
Sirop de quinquina	20 grammes.
Cocaïne	25 centigrammes.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

2° Menthol	1 gramme.
Cognac	20 grammes.
Sirop simple	20 grammes.

Par cuillerées à café dans un peu d'eau d'heure en heure.

Toutefois, d'après lui, le médicament le mieux indiqué serait la *créosote;* il explique son action par la légère stimulation stomacale qu'il détermine. La créosote peut être donnée de la façon suivante :

Créosote	10 grammes.
Teinture de gentiane	20 grammes.
Cognac	200 grammes.
Vin de Xérès	800 grammes.

Une à deux cuillerées à bouche après chaque repas. (Frantzel.)

La *teinture d'iode*, à la dose de 5 à 10 gouttes dans un peu d'eau, agirait comme la créosote.

Quand tous ces moyens ne suffisent pas, il faut en venir à l'*alimentation par la sonde*, qui triomphe presque sûrement des vomissements les plus incoercibles. Son mode d'action est encore mal connu. L'explication la plus plausible a été donnée par Marfan : le passage répété de la sonde émousserait la sensibilité des rameaux œsophagiens du pneumogastrique. Il est rare que plus de quatre à cinq gavages soient nécessaires. Le lait, mêlé de jaunes d'œufs ou de poudre de viande, constitue pour l'introduction par la sonde l'aliment le plus pratique. Avant le gavage, il est quelquefois utile de faire avec un peu d'eau alcalinisée un lavage de l'estomac.

En cas de vomissements exceptionnellement tenaces et si le malade se refusait au gavage, *la galvanisation du pneumogastrique* constituerait une dernière ressource. Le procédé serait analogue à celui qui est usité pour les vomissements incoercibles de la grossesse. Le pôle positif sera placé au niveau des scalènes sur le pneumogastrique du côté présumé atteint ; le pôle négatif sera mis sur l'estomac. Une intensité de cinq à six milliampères avec une durée de dix minutes est suffisante. L'essentiel est de procéder avec lenteur dans la mise en train, l'augmentation progressive, puis la diminution du courant. Il importe aussi d'éviter les interruptions brusques et de bien fixer les électrodes à leur point d'application.

En fait de régime, le dr Plicque indique, d'après le dr Dettweiler, les préceptes suivants : les aliments le mieux tolérés sont ceux, en général, qui exigent peu d'efforts de mastication : bouillies, laitage au riz, à la semoule, au tapioca, potages à la reine, potages avec viande pulpée, hachis, gelées au gluten, cervelles, huîtres, crêmes, etc. Les repas doivent être fréquents et peu copieux ; le repas du soir sera, en particulier, très léger. Une excellente pratique est d'obtenir du malade qu'il mange de nouveau aussitôt après le vomissement. Ce deuxième repas exige un réel effort d'énergie, mais il est presque toujours gardé. Une infusion aromatique chaude, café, thé, camomille est utile à la fin du repas. La noix vomique, souvent employée par Pidoux, trouvera surtout son indication quand l'estomac est atone ou très dilaté. L. D.

—

LES HÉMOPTYSIES DANS LA TUBERCULOSE ET LEUR TRAITEMENT.

On aurait tort de considérer les hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire comme d'une signification pronostique aussi grave en

réalité qu'en apparence ; à un point de vue tout spécial, le dr Plicque considère même, dans un article de la *Presse médicale*, l'hémoptysie précoce comme un événement des plus favorables. C'est un accident effrayant pour le malade et pour sa famille ; il ne prête pas aux illusions comme la toux persistante, l'amaigrissement, les petites poussées fébriles qui souvent, constituent les seuls modes de début. La nécessité d'un traitement aussi précoce que possible dans la tuberculose, avant les signes d'auscultation nets, avant la constatation des bacilles dans les crachats, est aujourd'hui un des points les mieux démontrés. Cette nécessité se heurte souvent à de grandes difficultés pratiques. Après une hémoptysie même peu abondante, les avis du médecin seront mieux appréciés et mieux entendus ; l'occasion sera favorable pour imposer les mesures si indispensables et si difficiles à faire accepter : traitement sérieux, interruption des occupations, repos complet.

Existe-t-il des hémoptysies essentielles non tuberculeuses ? En pratique, répond l'auteur, le diagnostic tuberculose doit toujours être admis. L'erreur la plus grave qui puisse en résulter est d'envoyer quelques mois à la campagne une malade atteinte de rétrécissement mitral pur, ou une hystérique. Cette mesure n'aura, au fond, que des avantages. Le dommage résultant d'une erreur en sens inverse serait autrement grand.

Si la première hémoptysie peut être avantageusement utilisée pour décider le malade à des mesures sérieuses, il importe, néanmoins, d'en prévenir le retour. Les causes occasionnelles doivent être bien connues. La gymnastique respiratoire, les exercices même légers des bras, les marches forcées, l'exposition à un soleil ardent, les fatigues vocales (chant ou conversations trop prolongées) sont une cause fréquente d'hémoptysie. Le coït a une influence beaucoup plus grande encore. Le traitement médicamenteux, enfin, n'est pas toujours étranger aux hémoptysies : le fer donné à tort dans la forme pseudo-chlorotique de la tuberculose, l'arsenic, les sulfureux ont une action congestive incontestable ; un médicament nouveau actuellement à l'essai, l'acide cinnamique et ses dérivés, ne doit, lui aussi, en cas de tendance aux pousées congestives, être employé qu'avec beaucoup de prudence.

La répétition, l'extrême abondance de certaines hémoptysies les rend graves par elles-mêmes. Mais, en réalité, l'élément fondamendal du pronostic, c'est la fièvre. Une hémoptysie avec élévation de la température est toujours sérieuse. Quand cette élévation persiste, il est rare qu'on ne constate pas ultérieurement des signes de ramollissement et de destruction pulmonaire assez étendue. Chez la femme,

même dans la forme vulgaire de la tuberculose, il n'est pas rare de voir des crachements de sang survenant à chaque période menstruelle ; ces hémorragies supplémentaires, qui s'observent surtout en cas d'aménorrhée, sont presque toujours tolérées d'une façon remarquable.

Que faire dans tous les cas en présence d'une hémoptysie ? Il y a d'abord des *prescriptions hygiéniques;* avant tout de repos absolu au lit dans une chambre bien aérée, non chauffée, respiration d'un air frais.

Le malade gardera un silence absolu, évitera tout mouvement. Il doit plus que jamais discipliner sa toux. Toute visite sera strictement défendue. L'alimentation, qu'il est si important de continuer, sera donnée par très petites quantités à la fois. Elle sera exclusivement liquide : lait, bouillon, jaunes d'œufs. Ces liquides seront froids mais non glacés; Sabourin accuse justement les boissons glacées de produire des réactions congestives dangereuses.

Dans les hémoptysies apyrétiques d'abondance médiocre, l'*opium* suffit très souvent. On peut le donner seul par pilules de 0 gr. 01 toutes les deux heures. Behier l'associait à l'eau de Rabel.

Extrait thébaïque	0 gr. 10
Eau de Rabel	3 grammes.
Eau	100 —

Par cuillerées à soupe dans la journée.

On peut l'associer à l'ipéca. Dieulafoy donne, par exemple, toutes les heures une des pilules suivantes :

Ipéca	0 gr. 05
Extrait thébaïque	0 gr. 002

S'il est nécessaire d'agir vite, on peut avoir recours aux *injections* sous-cutanées de *morphine*. Grancher et Hutinel regardent leur action comme égale, sinon supérieure aux injections d'*ergotine*.

Mais l'opium donné seul et donné par la bouche a un avantage sérieux. Il provoque la constipation. Or, les efforts de défécation sont une cause fréquente de rechute dans les hémoptysies. Il est donc très utile de maintenir, après un crachement de sang sérieux, la constipation pendant trois ou quatre jours. Il faudra faciliter la première garde-robe par un lavement d'huile ou un suppositoire glycériné.

Si l'hémoptysie persistait, on aurait recours à l'application de nombreuses *ventouses sèches*. L'application d'une *vessie de glace sur les parties génitales*, scrotum ou grandes lèvres, a une action réflexe puissante. Cette action est plus sûre que l'application sur le thorax. Un contact de quelques minutes suffit.

En cas d'hémoptysie abondante et fébrile, le mieux est d'employer directement et d'emblée l'*ipéca*. Si la quantité de sang est considé-

rable, on donnera d'emblée une dose massive, 3 grammes en trois paquets, à dix minutes d'intervalle. Souvent le premier effort de vomissement provoque le rejet d'un énorme flot de sang accumulé. Ce rejet ne doit pas effrayer; il est bon de prévenir la famille de sa possibilité. Après cette secousse favorable, on voit s'arrêter l'hémoptysie. Quand celle-ci est moins brutale, on peut donner l'ipéca à dose fractionnée. Jaccoud donne 0 gr. 10 tous les quarts d'heures; on interrompt dès qu'apparaissent les premières nausées. On reprend si le pouls devient plus rapide, si la température remonte, si les crachats réapparaissent colorés.

Le *sulfate de quinine*, dans cette forme, a une action à la fois contre la toux et contre les hémorragies. Une dose de 1 gramme par jour est suffisante. Grimbert de Cannes a recommandé l'association du sulfate de quinine et de l'ergot de seigle.

Le *tartre stibié* a une action analogue à celle de l'ipéca; mais la dépression qu'il provoque est plus intense. La *digitale* a une efficacité réelle. Après les hémoptysies abondantes, elle peut être doublement utile en raison de cette efficacité et comme tonique du cœur.

L'auteur signale ces deux formules où divers médicaments utiles dans l'hémoptysie sont associés :

Ergotine	ââ 0 gr. 05
Tanin	
Extrait d'opium	0 gr. 015

Pour une pilule. Quatre à dix dans la journée (Lebert).

Extrait de ratanhia pulvérisé . .	0 gr. 20
Ergot de seigle	0 gr. 15
Digitale pulvérisée	0 gr. 02
Extrait de jusquiame	0 gr. 01

Pour une pilule. Quatre à six par jour (Guéneau de Mussy).

Il recommande enfin de ne pas fatiguer le malade par l'auscultation, l'examen pouvant rappeler l'hémoptysie et de se renseigner au moyen du thermomètre de préférence sur la marche des lésions.

L. D.

TRAITEMENT DE L'ACCÈS D'ÉPILEPSIE.

Le dr Carrière se demande d'abord, dans un article de la *Gazette hebdomadaire*, si l'on peut, à l'approche de la crise, l'empêcher de se produire ou la modifier dans son évolution?

Dans l'immense majorité des cas, la crise débute avec une brusquerie telle que toute intervention est absolument inutile, absolument inefficace. Il n'en est pas de même lorsque les malades ressentent

certains malaises, certaines sensations qui leur annoncent l'approche de l'accès. Chez eux l'injection hypodermique de morphine, d'éther ou bien d'apomorphine, l'inhalation de chloroforme, d'éther, de bromure d'éthyle ou de nitrite d'amyle, peuvent enrayer la crise, la rendre moins violente.

Certains auteurs, partisans de cette théorie qui veut que l'épilepsie soit l'unique résultante d'une congestion due à la vaso-dilatation des capillaires cérébraux, ont tenté, mais sans succès du reste, de contrecarrer ce flux encéphalique en faisant nn appel de sang vers la périphérie à l'aide de la ventouse dc Junod, des sinapismes, des ventouses sèches, ou seulement en liant les membres à leur racine.

D'autres ont eu recours avec succès à la compression des carotides.

Certains épileptiques ont atténué leur crise ou l'ont même évitée en prenant un bain de pieds fort chaud et très sinapisé, en pratiquant ou faisant pratiquer une excitation violente sur les centres ou sur la périphérie : impression lumineuse très vive, bruit assourdissant, ingestion d'un liquide très amer ou très alcoolique, pressions ou tractions en un point déterminé.

La liste de ces petits moyens est vraiment interminable. Empiriques, ils ne sont ordinairement découverts que par hasard, et c'est le plus souvent le malade qui les indique lui-même.

La compression brutale d'un tronc nerveux exerce souvent une influence bienfaisante; ainsi, l'auteur a souvent remarqué qu'au début d'un accès une compression, faite avec un corps dur (rebord d'un stéthoscope) sur le nerf cubital dans la gouttière, empêchait la crise d'évoluer. Il signale aussi la compression des phréniques.

Lorsque la crise éclate, il faut étendre le sujet sur le dos, de tout son long, la tête légèrement inclinée en arrière et non relevée comme on a si souvent l'habitude de le faire. Il faut délacer les vêtements, desserrer col et cravate,ouvrir largement les fenêtres de l'appartement, faire élargir, autant que possible, le cercle des curieux qui ne manquent jamais de s'ameuter autour du malheureux épileptique frappé sur la voie publique.

Il faut autant que possible écarter les mâchoires et introduire entre elles un bouchon, un bout de bois, ce que l'on a sous la main : ceci pour prévenir la morsure de la langue.

La tête doit être légèrement tournée à droite ou à gauche pour favoriser l'écoulement de la salive ou de l'écume de la bouche.

Si la respiration est difficile, il convient de pratiquer des tractions rythmées de la langue ou la respiration artificielle; il convient également de soutenir et d'élever l'os hyoïde.

A ce moment toute tentative thérapeutique est inutile. Tous les

moyens préconisés échouent misérablement. Il ne faut pas fatiguer le malade par des manœuvres platoniques.

Une fois la période stertoreuse arrivée, il faut soigneusement respecter le sommeil du malade, le laisser se réveiller tout seul sans intervenir en aucune façon.

Jusqu'alors donc, pas de médicaments, mais quand l'accès se répète, que l'état de mal se prolonge, que faut-il faire?

L'auteur conseille de donner d'abord un grand lavement évacuant, selon la formule ;

Sulfate de soude	20 gr.
Follicules de séné	20 gr.
Miel de mercuriale	40 gr.
Eau glycérinée	210 gr.

La saignée, copieuse et rapide, lui a donné, en deux cas, d'excellents résultats.

Il a obtenu aussi le retour à la santé d'un épileptique en état de mal en employant la chloroformisation suivant le procédé dit « à la reine. »

Le nitrite d'amyle n'a pas donné de résultats.

Ce sont encore les bromures qui, ici, semblent donner les résultats les plus satisfaisants. Le meilleur moyen de les faire absorber est d'introduire une sonde œsophagienne de petit calibre par l'une des narines et de pousser dans l'estomac, à l'aide d'une seringue, quelques cuillerées à la fois — 4 à 6 — de la solution de bromure de potassium associé au chloral suivant la formule :

Bromure de potassium	5 à 10 gr.
Hydrate de chloral	4 à 8 gr.
Eau de fleurs d'oranger	200 gr.

S'il y a des signes d'asphyxie, c'est à la respiration artificielle, aux tractions rythmées de la langue, à la faradisation des muscles thoraciques que l'on aura recours. L. D.

DE LA PRIVATION DES CHLORURES DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LES BROMURES.

Quand il faut recourir à des doses énormes de bromure pour faire cesser les accès d'épilepsie, on arrive facilement à déterminer des accidents d'intoxication bromique.

Or, Richet et Toulouse ont pensé qu'en privant, dans une certaine mesure, l'organisme de chlorures, on devait le rendre plus sensible à l'action des bromures, ce qui devait permettre de s'en tenir à des doses plus faibles, facilement supportables, de bromure.

Ils se basaient pour leurs expériences sur ce fait que, selon toute vraisemblance, les actions médicamenteuses étant dues à l'imbibition des cellules par tels ou tels poisons, les actions doivent être d'autant plus intenses que l'appétition des cellules pour ces poisons est plus intense et, par conséquent, s'accroître pour les sels alcalins thérapeutiques par l'absence de sels alcalins alimentaires.

30 épileptiques (femmes) ont été soumises à un régime alimentaire spécial pauvre en chlorures. Il était constitué par lait, 1,000 gram.; viande de bœuf, 300 grammes; pommes de terre, 300 grammes; farine, 200 grammes; deux œufs, 70 grammes; sucre, 50 grammes; café, 100 grammes; beurre, 40 grammes. Cette ration, au point de vue alimentaire. équivant à 2,700 calories et 20 grammes d'azote. La quantité de chlorures, évaluée en Na Cl, est d'environ 2 grammes dans les aliments naturels. On sait, d'autre part, que la quantité de chlorure de sodium ajouté au pain et à nos aliments est de 8 à 12 gr. par jour.

Il y aurait ainsi une consommation moyenne dans les conditions d'une alimentation normale de 10 à 15 grammes de chlorure de sodium par jour. Or, chez ces malades ainsi nourries, des doses de 2 grammes de bromure par jour ont fait, parfois en moins d'une semaine, disparaître les accès épileptiques,quellequ'ait été leur fréquence avant le traitement. Exceptionnellement les crises convulsives font place à des vertiges (qui sont des accès atténués), moins fréquents que les accès. Mais même ces vertiges finissent par disparaître,si l'on porte la dose de bromure de sodium à 3 ou 4 grammes par jour, la dose de 4 grammes étant, d'ailleurs, très rarement nécessaire.

Certains sujets soumis à ce régime alimentaire et traités par 2 ou 3 grammes de bromure de sodium n'ont eu ni accès, ni vertige depuis plus de six mois. Mais il a suffi de les faire revenir au régime alimentaire ordinaire, même en continuant la médication bromurée, pour faire raparaître les accès, ce qui prouve bien que c'est la combinaison du régime pauvre en chlorures avec la médication bromurée qui produit l'effet thérapeutique.

Ce régime alimentaire spécial n'a pas d'influence nocive sur la nutrition générale.

Il faut surveiller avec soin les malades, car le bromure, étant dans ces conditions beaucoup plus actif, peut produire des accidents de bromisme, même à la dose relativement faible de 4 grammes.

En calculant la quantité de chlorures de la ration normale d'entretien, on voit que, si le chlorure de sodium n'était pas ajouté aux aliments, c'est à peine si l'on consommerait 2 gr. de sel par jour. Le pain (500 gr.) ne ferait guère que 1 gr. de Na Cl en plus.C'est donc en

tout 3 grammes de sel qu'on prendrait par jour dans le cas d'une alimentation sans addition de sel. C'est là une condition évidemment très facile à réaliser et qui répond aux exigences de ce régime spécial.

Signalons aussi le résultat, concordant avec les faits avancés par Richet et Toulouse, des recherches expérimentales faites par Fessel à Würzbourg sur des chats et des chiens; elles ont montré que ces animaux présentent des accidents de bromisme, si les bromures sont donnés d'emblée à haute dose sans accoutumance préalable (doses progressivement croissantes).

Avec des doses progressivement croissantes, la quantité de bromure éliminée reste, au début, inférieure à celle qui a été introduite dans l'organisme, et s'accompagne d'une élimination considérable de chlorures. Mais, peu à peu, la quantité de bromures éliminée augmente et il s'établit une sorte d'équilibre pour une dose donnée. Si l'on dépasse à nouveau cette dose, l'équilibre est de nouveau rompu pour ne se rétablir que lorsque l'organisme se sera accoutumé à la nouvelle dose. La capacité de l'organisme pour les bromures ne présente donc rien de fixe et ne peut, par conséquent, être déterminée d'avance.

Les petites doses de chlorure de sodium administrées en même temps que les bromures n'exercent aucune influence sur la rétention de ceux-ci; par contre, les doses élevées de chlorure de sodium abrègent notablement la durée de l'élimination des bromures, fait qui a son importance dans le traitement du bromisme.

Pour ce qui est de la localisation des bromures retenus dans l'organisme, les expériences ont montré que ces sels se trouvent en majeure partie dans le sang, où ils prennent en partie la place des chlorures et amènent probablement la destruction des hématies, à en juger, du moins, par la richesse en fer de l'urine des animaux en expérience; parmi les organes, le cerveau semble être le seul à retenir les bromures. L. D.

DE LA MÉTATARSALGIE.

Le prof. Duplay a consacré dernièrement une leçon à une affection, ignorée encore de bon nombre de médecins et de chirurgiens et qui, décrite pour la première fois par Morton, en 1876, sous le nom d'affection douloureuse du quatrième métatarsien, est désignée plus communément aujourd'hui par le terme de métatarsalgie ou encore de *maladie de Morton*.

Effectivement, l'articulation métatarso-phalangienne du quatrième orteil n'est pas le siège exclusif de la douleur. C'est, assurément, le

siège le plus fréquent, et il est vraisemblable que Morton n'avait observé que des cas où la douleur présentait cette localisation.

On connaît aujourd'hui un assez grand nombre de faits dans lesquels la douleur existait au niveau d'autres têtes métatarsiennes, ou affectait plusieurs métatarsiens à la fois, ou bien encore se manifestait en même temps sur les deux pieds.

Les douleurs, qui caractérisent essentiellement la maladie, présentent une intensité très variable.

Dans la *forme bénigne*, les douleurs, au moment des crises, présentent une intensité médiocre, et surtout elles sont intermittentes, des périodes d'immunité complète et plus ou moins prolongée séparant les crises douloureuses, de sorte que les malades supportent, sans trop se plaindre, leur affection. Enfin, cette forme est susceptible de guérir, après un temps assez long, par le traitement médical.

Dans la *forme moyenne*, les douleurs, tout en restant intermittentes, sont plus intenses et surtout elles reviennent plus fréquemment après la marche, la station debout, et même le simple port de chaussures. Les malades sont incapables de faire de longues courses et ne peuvent guère marcher plus d'une heure; ils sont obligés quelquefois de se déchausser n'importe où ils se trouvent. Ce sont, en réalité, de véritables infirmes.

Enfin, dans la *forme grave*, la douleur est presque continue, s'exacerbant par la marche, la station, la compression par la chaussure. La marche ne s'effectue plus que d'une façon spéciale, sur le talon ou en traînant la savate, de façon à ce que le pied ne touche pas le sol par sa partie antérieure.

L'*étiologie* de l'affection se résume à quelques connaissances peu précises. Le sexe féminin y semble particulièrement prédisposé.

La métatarsalgie se rencontre exceptionnellement dans l'enfance et l'adolescence (trois cas) et son maximum de fréquence et de trente à quarante ans.

On a souvent incriminé, comme cause de la maladie, le rhumatimse et la goutte.

L'affection coïncide, d'autre part, assez souvent, avec des manifestations nerveuses diverses, neurasthénie, hystérie.

Enfin, comme cause déterminante, on trouve assez fréquemment invoqué un traumatisme direct ou indirect, une chute, une entorse ou bien une station debout prolongée, une marche fatigante, l'usage de chaussures étroites.

La *nature* de l'affection est encore très discutée ; ce qu'il y a de plus probable, c'est que sous l'influence de traumas ou de compressions, il se produit une déviation des têtes métatarsiennes qui viennent

comprimer anormalement les parties molles et les filets nerveux des collatéraux.

Tout récemment, Péraire et Mally, d'après des études radiographiques, ont cru reconnaître une sorte de subluxation en bas et en dedans des têtes métatarsiennes. En outre, l'examen histologique des têtes métatarsiennes, après résection, leur a montré l'existence de lésions d'ostéite condensante.

D'après cette théorie qui mériterait d'être confirmée par de nouveaux faits, car les radiographies sont loin d'être absolument concluantes, on devrait comprendre ainsi la métatarsalgie : sous l'influence de causes externes ou internes, une ou plusieurs têtes métatarsiennes seraient atteintes d'ostéite condensante qui entraînerait à sa suite leur déviation en bas et en dedans, d'où pression anormale sur les tissus de la région plantaire correspondante et sur les filets nerveux.

On pourrait expliquer la localisation plus fréquente au quatrième orteil par la mobilité plus grande des deux derniers métatarsiens, et peut-être aussi par la situation en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne du cinquième orteil.

Le *pronostic* est très différent suivant la forme à laquelle on a affaire : bénin dans la forme légère, qui est curable spontanément ou par l'emploi de quelques moyens médicaux, il devient beaucoup plus sérieux dans la forme moyenne, et, à plus forte raison, dans la forme grave, qui résiste à tous les traitements et ne guérit d'ordinaire que par une intervention opératoire.

Comme *traitement*, aux malades atteints de métatarsalgie, on devra avant tout conseiller d'éviter les causes qui provoquent les crises douloureuses : la marche, la station debout prolongée, les chaussures étroites ; on leur fera porter des chaussures larges, à semelles épaisses, avec excavation de la semelle au niveau de la tête du quatrième métatarsien.

Dans les cas bénins, cette médication sera presque toujours suffisante ; mais, dans les cas moyens et les cas graves, elle échouera presque à coup sûr et il conviendra de recourir à une intervention chirurgicale. Celle-ci, déjà préconisée par Morton, est simple et d'une efficacité certaine. Elle consiste dans la *résection d'une ou de plusieurs têtes métatarsiennes* douloureuses; parfois, on a réséqué en même temps la base de la première phalange, mais cela paraît inutile.

L. D.

TRAITEMENT DES ENGELURES.

Pour *prévenir* les engelures, il y aura lieu parfois d'instituer un *traitement général ;* celui-ci doit tenir compte des conditions qui

prédisposent au développement de cette affection ; comme les engelures sont un des attributs du lymphatisme, l'huile de foie de morue, les préparations d'iode, d'iodure de fer et d'arsenic sont indiquées pour ainsi dire dans tous les cas.

Le sulfate de quinine, médicament vaso-moteur par excellence, rendra souvent aussi de grands services. Le dr Brocq s'est bien trouvé de l'association du sulfate de quinine et de l'ergotine à la dose de 10 à 20 centigrammes avec la poudre de digitale (1 à 2 centigrammes et l'extrait de belladone (2 à 4 milligrammes) sous la forme de pilules dont l'emploi peut être prolongé tout l'hiver.

L'exercice régulièrement fait, la marche, la gymnastique, les affusions froides, les lotions générales excitantes seront également des moyens de prophylaxie extrêmement utiles.

Localement, on veillera d'abord à ce que les mains soient couvertes, pendant le séjour à l'air, de gants suffisamment épais ; puis, la toilette des mains, comme celle du visage, ne doit jamais être faite à l'eau froide, mais à l'*eau chaude*, et après la toilette, elles doivent être essuyées avec soin, jamais séchées devant le feu, mais poudrées à l'amidon ou au talc, pour enlever toute trace d'humidité.

Les chaussures doivent être suffisamment épaisses ; lorsque l'hyperhidrose accompagne, comme cela est fréquent, les troubles asphyxiques, on recourra aux pédiluves répétés et on poudrera avec l'amidon ou le talc, additionnés de 1 à 2 p. c. d'acide salicylique. Les chaufferettes seront absolument proscrites ; lorsque les pieds sont froids, le mieux est de les frictionner avec un linge ou une flanelle légèrement chauffée.

Les *bains locaux*, légèrement *tanniques* (décoctions de feuilles de noyer, de feuilles de frêne, de feuilles d'eucalyptus, d'écorce de chêne, etc.), de cinq à six minutes de durée, constituent un moyen très utile pour prévenir les engelures, en augmentant la résistance de l'épiderme.

Les *frictions* légères avec une flanelle imprégnée d'alcool camphré sont également efficaces, ainsi que la pommade camphrée (camphre 5 grammes, vaseline 30 grammes).

Pour *guérir* les engelures une fois développées, le traitement variera selon le degré des lésions.

Lorsque celles-ci représentent un simple *érythème*, avec peu ou pas d'infiltration dermique, les *pommades à l'oxyde de zinc*, additionnées d'une faible quantité d'*acide phénique* ou de *menthol*, telles que les suivantes :

Oxyde de zinc	10 grammes.
Acide phénique	50 centigrammes.
Vaseline }	âà
Lanoline }	15 grammes.

ou :	Oxyde de zinc	10 grammes.
	Menthol	20 à 30 centigrammes.
	Vaseline	ââ
	Lanoline	15 grammes.

suffisent à calmer le prurit et à faire disparaître rapidement les lésions.

Lorsqu'il y a de l'*induration*, que les lésions inflammatoires sont plus prononcées, on s'adressera de préférence aux pommades renfermant des *sels de plomb*, par exemple la suivante indiquée, comme les formules précédentes, par le dr Thibierge :

Sous-acétate de plomb	2 grammes.
Acide phénique	50 centigrammes.
Oxyde de zinc	15 grammes.
Vaseline	ââ
Lanoline	20 grammes.

Les *collodions élastiques* simples, ou additionnés d'iodoforme, de salol, et mieux encore le collodion à l'acétone :

Fulmicoton	3 grammes.
Acétone	20 grammes.
Ether	ââ
Alcool	10 grammes.
Huile de ricin	4 grammes.

forment d'excellents protecteurs pour les surfaces atteintes d'engelures et calment bien le prurit; mais ils ne doivent jamais être étendus ni sur les engelures ulcérées ni sur celles dont l'épiderme est soulevé par une collection liquide.

Lorsque les engelures résistent aux topiques précédents, les pommades au *nitrate d'argent*, les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent au cinquantième, ou avec la *teinture d'iode*, hâteront leur résolution.

Enfin, lorsqu'il y a de l'*ulcération*, on doit panser à la *vaseline boriquée* ou recouvrir d'*emplâtres non irritants :* emplâtre à l'oxyde de zinc, emplâtre boriqué simple, emplâtre au dermatol, emplâtre rouge de Vidal. Si les ulcérations ne présentent pas de tendance à la réparation, on les touche tous les deux jours au *crayon de nitrate d'argent* ou à la teinture d'iode et on les panse à l'eau-de-vie camphrée, à la liqueur de Van Swieten étendue de moitié d'eau ou au vin aromatique.

Il faut bien le dire cependant, tous ces topiques se bornent souvent à produire du soulagement et n'empêchent pas les engelures de persister.

Le dr Levy a formulé un traitement spécial qui agirait d'une façon plus radicale ; il consiste à faire plonger dans l'*eau très chaude* les extrémités atteintes, jusqu'au delà de la lésion. Après quelques in-

stants, quatre ou cinq minutes par exemple, la main ayant été essuyée, on pratique le *massage* de la région affectée, en ayant soin simplement d'intéresser toutes les parties malades.

S'il s'agit d'une engelure au doigt, le masseur agira en répétant le geste par lequel on revêt un doigt de gant un peu étroit : si l'œdème siège au dos de la main, masser avec l'extrémité du pouce.

Les seules indications un peu spéciales à formuler sont de faire, après un bain local très chaud de quelques minutes, des frictions dans le sens de la circulation, de prendre un point de départ situé au-dessous du siège du mal et de remonter un peu au-dessus de lui. Les séances, d'une durée de cinq à dix minutes, seront répétées deux ou trois fois par jour. Bien rarement les engelures résistent plus de trois ou quartre jours à ce traitement.

Lorsqu'il y a des ulcérations, celles-ci gênent naturellement le massage. On les traitera comme des plaies en massant ou non les régions œdématiées circonvoisines ; après leur guérison, on traite comme les engelures non ulcérées.

Rien n'empêche évidemment d'ajouter à l'eau du bain un peu d'alcool camphré, d'ichtyol, lysol, etc., qui ne font aucun mal, mais aucun bien non plus, d'après l'auteur.

Le mode d'action du traitement serait le suivant :

Les engelures se produisent toujours, selon l'auteur, par le mécanisme suivant : sous l'influence du froid, les vaisseaux subissent une contraction d'autant plus forte que ces vaisseaux sont plus éloignés des centres circulatoires : cœur, grosses artères, qu'ils sont plus petits, plus noyés dans un tissu lâche et dépressible comme le tissu cellulaire. A cette contraction le passage à la chaleur fait succéder une dilatation passive. A preuve, cette sensation bien connue que donne aux mains le contact de la neige en quantité un peu massive : sensation de froid produite par la contraction des vaisseaux et immédiatement après sensation de chaleur vive due à la dilatation des mêmes vaisseaux. Des alternances constantes de ces modifications, comme cela arrive en hiver, fatiguent plus ou moins rapidement suivant le temps et les sujets (lymphatisme, athérome), les vaisseaux des régions périphériques et l'état de paralysie permanente s'établit. Les infiltrations œdémateuses dans le tissu cellulaire, puis les ulcérations s'établissent, succédant à la simple rubéfaction et l'engelure est constituée avec ses différents degrés.

Les bains chauds et les massages neutralisent ces effets, suivant un mode inverse.

Les vaisseaux se dilatent sous l'influence de la chaleur. Si alors interviennent les frictions dans le sens du courant veineux, c'est-à-dire

le massage, les liquides épanchés dans la trame du derme sont entraînés dans le torrent circulatoire, et cela d'autant plus facilement, que non-seulement les vaisseaux sont élargis, mais toutes les mailles de la trame.

Avec la cause, les effets disparaissent, c'est-à-dire les troubles subjectifs et objectifs de l'engelure.

Le dr G. Lévy est tellement sûr de sa méthode qu'une seule séance de massage, dit-il, suffirait à éloigner les engelures, si elles apparaissaient ailleurs qu'aux mains et étaient prises dès le début.

L. D.

—

TRAITEMENT DES VERRUES.

Il s'agit des verrues vulgaires qui s'observent surtout chez les jeunes sujets et siègent ordinairement sur les doigts et le dos de la main ; le dr Du Castel a passé en revue, dans le *Journal des Praticiens*, les principaux moyens utilisés pour les détruire.

Il y a d'abord les *caustiques ;* on a le choix : acide nitrique, acide acétique cristallisable, nitrate acide de mercure, sulphophénol, acide phénique déliquescent, acide chlorhydrique, acide chromique, nitrate d'argent, pâtes arsenicales, pâte de Vienne. Ces caustiques peuvent être appliqués directement sur la verrue intacte, ou bien on peut faire précéder leur application du raclage et de l'avulsion de la masse épidermique.

On applique le caustique à l'aide d'une baguette de verre ou d'un morceau de bois effilé, en ayant soin de ne pas prendre trop de liquide; on peut d'ailleurs préserver la peau saine avoisinante en la couvrant d'une pellicule protectrice (collodion, traumaticine).

La curette constitue un excellent instrument pour réaliser le *raclage* avant la cautérisation. Pour éviter la douleur du raclage on pourra pulvériser au préalable du chlorure de méthyle ou du chlorure d'éthyle.

Dans les cas légers et quand les verrues sont nombreuses, les applications de *savon noir* constituent le meilleur moyen à employer. Une mince couche de savon de l'épaisseur d'un dos de couteau est étalée sur une flanelle ou un linge de toile et celui-ci est maintenu la nuit sur la région malade. Le matin, on savonne la peau à l'eau chaude et on saupoudre avec la poudre de talc ou d'oxyde de zinc. Les applications sont continuées jusqu'à décapage complet. On peut précipiter ce dernier en pratiquant, après chaque application, le raclage de la verrue avec un instrument mousse. Quand l'application du savon amène une irritation trop vive, on la suspend pendant quelques jours.

Kaposi recommande la pâte suivante :

Fleur de soufre	20 grammes.
Glycérine	50 grammes.
Acide acétique cristallisé	10 grammes.

que l'on emploie dans les mêmes conditions que le savon noir.

Les *pommades salicylées* au 20e, au 10e, conviennent pour les verrues de la face. Les emplâtres renfermant 10 à 20 p. c. d'acide salicylique sont d'un emploi commode : on les enlève tous les deux ou trois jours, on râcle, puis on replace une nouvelle rondelle d'emplâtre.

Le collodion salicylé est également très employé :

Acide salicylique	1 gramme.
Collodion élastique	8 grammes.

Renouveler la couche de collodion quand la pellicule s'est détachée; disons que la même préparation est d'un usage vulgaire contre les cors.

Il n'y a rien à attendre du traitement interne, ni de l'arsenic, ni de la magnésie calcinée, ni de la teinture de thuya, remèdes qui ont été recommandés. L. D.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 25 *novembre* 1899.

M le Président adresse les félicitations de la Compagnie à M. Boddart, promu au grade de Commandeur dans l'Ordre de Léopold, MM. Hubert et Stiénon, nommés Officiers, et MM. Firket, Lahousse et Dandois créés Chevaliers du même Ordre. *(Applaudissements).*

M. Boddart, au nom de ses Collègues et au sien, remercie.

M. Rommelaere développe une proposition tendant à appeler l'attention du Gouvernement sur la nécessité de posséder, en Belgique, de fortes doses de vaccin contre la peste.

M. Desguin fait connaître les dispositions édictées par la Commission sanitaire de l'Escaut.

M. Rommelaere dépose le vœu suivant, qui est adopté à l'unanimité : « L'Académie royale de médecine de Belgique émet le vœu que le Gouvernement prenne les mesures nécessaires pour établir en Belgique, sans aucun retard, un centre de production de vaccin antipesteux. »

De l'anchylostome en général et spécialement de son invasion en Belgique (2e partie); par M. Kuborn, Membre titulaire.

M. Kuborn donne lecture de la deuxième partie de son travail sur l'anchylostome.

Il retrace d'abord l'histoire naturelle médicale du parasite, connaissance indispensable à une hygiène et à une prophylaxie efficaces.

Il relève en passant ce fait que certains helminthologistes auraient parfois rencontré dans des selles fraîches des embryons constitués, mobiles dans leurs coques, et des larves vivantes, ce qui permet de supposer que l'éclosion se serait bien plus rapidement faite ici que dans les limites assignées de vingt-quatre heures à quatre jours.

Œufs et embryons ne se trouvent pas dans les conditions biologiques nécessaires au milieu des eaux pures; leur existence est même limitée dans les eaux boueuses et, point important, ils périssent infailliblement dans les eaux acidulées. Or, dans un très grand nombre de charbonnages, où par suite du contact de l'air humide avec des matières pyriteuses se dégage de l'acide sulfurique libre, sévissait précisément avec intensité l'ancienne anémie des houilleurs.

On a voulu assimiler le parasite de l'anémie dite pernicieuse des meutes à l'anchylostome duodénal. Cette maladie consiste en une typhlite grave avec anémie, la permière, due au tricocéphale, la seconde à l'uncinaire. De là les noms d'uncinariose et de dochmitis appliqués à l'anchylostomasie par une foule d'auteurs. Sans voulor trancher une question d'identité aussi spéciale. M. Kuborn fait remarquer que le dochmius, d'espèce voisine de l'anchylostome, appartient à la famille des strongglidés et que l'on en connaît trois espèces. L'une est parasite du chat domestique; une autre de l'intestin de la chèvre, du chevreuil, du mouton; la troisième est un hôte du renard, du loup et du chien.

M. Kuborn retrace ensuite les symptômes et la marche de l'anchylostomasie. Il relate minutieusement les lésions anatomiques qu'il occasionne.

Après avoir décrit les précautions à prendre pour établir, à l'aide du microscope, une désignation certaine, il aborde le traitement de la maladie dont le pronostic, pour varier d'après l'état de santé, d'imminence morbide du sujet et le nombre de parasites dont il est porteur, et surtout le temps écoulé depuis l'invasion, reste néanmoins toujours sérieux.

Après avoir indiqué les multiples traitements employés pour tuer ou expulser les parasites, il signale comme ayant donné des succès à Wücherer, de Bahia, le suc laiteux du *Ficus doliaria*, arbre de la région des Amazones, dont on a extrait la *doliarine*; 30 grammes minimum de trois en trois jours.

Vient ensuite le thymol, employé avec grand succès en Italie, par Fivri, Britto, Bozzolo, Graciadea, etc. Diète lactée la veille du traitement; dans l'après-midi du même jour, une prise de deux grammes de poudre de séné et 50 centigrammes de calomel en quatre cachets à deux heures d'intervalle. Le lendemain, deux cachets de 60 gram. de thymol chacun à deux heures de distanee. On peut aller jusqu'à trois cachets.

L'extrait éthéré de fougère mâle pris à haute dose peut occasionner des troubles visuels, du vertige, des syncopes, de l'albuminurie passagère. Il est souvent rejeté par des vomissements. On évite ces inconvénients en le fractionnant en doses de 8 à 10 grammes en cachets. Dans ces conditions, l'extrait constitue une médication héroïque. Cobbolt Wyss, Bozzolo, Perroncito, Masius et depuis eux la plupart

des praticiens y ont le plus souvent recours. Une ou deux doses par jour, réitérées les jours suivants, avec suspension de vingt-quatre heures si l'intolérance du malade l'exige, seront continuées jusqu'à ce qu'on n'observe plus ni œufs ni parasites dans les selles. Deux heures après la prise, on administre quelque purgatif salin, mais point d'huile de ricin comme quelques-uns le font, attendu que cet agent a la propriété de dissoudre le principe actif de l'extrait et d'exposer à des accidents.

L'extrait éthéré est bien le médicament spécifique de la maladie, car la régénération des hématos s'opère sous son action avec une rapidité qui tient du merveilleux. Une telle rapidité ne se produit que dans des anémies qui résultent des pertes de sang.

— L'orateur continuera dans une prochaine séance.

De l'emploi de l'oxygène en chirurgie (eau oxygénée et gaz oxygène); par M. Thiriar, Correspondant.

Ce travail étant uniquement basé sur des faits personnels, l'auteur a cru inutile de faire un historique de la question. L'eau oxygénée a déjà été essayée en chirurgie par quelques chirurgiens, surtout par des spécialistes de la bouche et de l'oreille. Quant au gaz oxygène, M. Thiriar ignore si, avant lui, il a déjà été employé méthodiquement dans les affections infectieuses chirurgicales. Il ne le pense pas.

L'eau oxygénée qu'il a employée est à 12 volumes; elle renferme toujours un peu d'acide chlorhydrique libre. Il l'a employée en lavages, irrigations et surtout en pansements humides. Le gaz oxygène est fourni en bonbonnes, comprimé à 120 atmosphères. Il en a fait usage en insufflations et surtout en injections dans les tissus.

Depuis longtemps M. Thiriar enseignait qu'il serait utile d'employer l'oxygène dans certaines infections chirurgicales à microbes anaérobies telles que la gangrène gazeuse, le tétanos, etc.; c'est ce qu'il a pu réaliser en premier lieu.

A. — Infections chirurgicales à microbe unique.

1° *Septicémie gazeuse.* — Tous, dit M. Thiriar, nous savons que c'est là une terrible complication qui peut enlever les blessés en quelques heures. Il a vu, il y a quelques années, un malheureux venir mourir de la sorte dans ses salles à la suite d'une simple ponction d'hydrocèle faite en ville. Cette affection est produite par le vibrion septique de Pasteur, microbe essentiellement anaérobie que l'oxygène, tue seulement comme il se développe surtout dans les profondeurs du tissu cellulaire où il se cantonne et où il produit un emphysème gazeux qui favorise sa marche en avant. il était difficile de l'atteindre par nos moyens actuels. L'auteur a pensé que, outre des lavages à l'eau oxygénée, il était possible d'aller le combattre, l'anéantir directement par des injections d'oxygène faites, non seulement dans les plaies, mais encore dans le tissu cellulaire voisin, de façon à produire un véritable emphysème oxygéné, constituant une barrière opposée à la marche du vibrion septique. Ce traitement a complètement répondu à son attente. Il a soigné par ces moyens de nombreux blessés dont les plaies, souillées de détritus de toute espèce, présentaient les caractères

de la septicémie gazeuse, même suraiguë, et est parvenu à enrayer cette terrible complication.

2° *Tétanos.* — Lorsque cette affection se montre par son premier symptôme, le trismus. il est déjà trop tard; le blessé est perdu, du moins, en ce qui me concerne, dit l'auteur, je n'en ai jamais vu guérir; tous les tétaniques sont morts en quarante-huit heures. Le bacille du tétanos n'agit pas par lui-même; il est redoutable par les toxines qu'il fabrique dans la plaie même où il est logé. Ces toxines absorbées produisent, au bout d'un certain temps, le tétanos. L'oxygène a très peu d'action sur les toxines dont il paraît cependant retarder les effets; il est donc très peu efficace lorsque les symptômes du tétanos se montrent, mais, en revanche, c'est un excellent agent préventif qui tue le bacille de Nicolaïer et peut être anaérobie également. L'eau oxygénée, employée au lavage des plaies souillées, avec des insufflations, des injections d'oxygène dans toutes les anfractuo sités, constitue, selon M. Thiriar, le meilleur préventif du tétanos.

3° *Pustule maligne. Charbon.* — Nous avons ici affaire à une bactérie avide d'oxygène, mais que les milieux acides combattent avantageusement. A l'Institut Pasteur, on a obtenu la destruction de la bactérie charbonneuse par l'eau oxygénée. L'auteur a eu dernièrement un cas de pustule maligne de la face à traiter chez un jeune garçon qui s'était contaminé en portant un quartier de vache malsaine. La pustule s'était très développée; des pansements à l'eau oxygénée et des injections interstitielles d'oxygène, dans et autour de la tumeur, arrêtèrent l'affectiou qui guérit rapidement.

4° *Érysipèle.* — M. Thiriar s soigné des érysipèles peu graves par l'eau oxygénée qui a une excellente action sur le microbe érysipélateux qui est un anaérobie facultatif. Étant donnée l'action énergique de l'oxygénée sur les microbes de la suppuration, cet agent sera bien efficace contre les érysipèles graves, gangréneux ou phlegmoneux dont les germes sont détruits si rapidement par l'oxygène.

5° *Tuberculose chirurgicale.* — Le bacille de Koch résiste énergiquement à l'eau oxygénée et à l'oxygène que l'auteur a mis en usage contre toutes les formes de la tuberculose chirurgicale : abcès froids ou par congestion, ostéo-arthrite, etc. Il n'en a retiré aucun résultat et est revenu aux anciens traitements. Seule, la péritonite tuberculeuse a paru être heureusement combattue par le gaz oxygène insufflé dans la cavité péritonéale. Une jeune fille, traitée de la sorte, est sortie de l'hôpital au bout de quelques jours.

6° *Actinomycose* — Due à un champignon, très résistant à tous nos moyens.— Cette affection n'a pas été modifiée par l'oxygène alors que le traitement par l'iodure de potassium amenait rapidement la guérison.

B. — Infections à microbes variables.

Le type de ces infections est la suppuration banale. Le peroxyde de l'hydrogène et le gaz oxygène sont des agents merveilleux contre ces suppurations qui sont modifiées et tarissent en très peu de temps. Les plaies guérissent rapidement sous la réparation et se cicatrisent

avec une facilité remarquable. Cet effet est surtout frappant dans les vastes délabrements et les grandes plaies contuses, infectées, produites par écrasement.

De nombreux blessés doivent la conservation de leurs membres à ces précieux agents qui ne craignent pas la comparaison avec nos antiseptiques usuels sur lesquels ils ont l'immense avantage de n'être pas toxiques.

Les phlegmons et les panaris surtout sont arrêtés net par l'emploi de l'eau oxygénée. On peut affirmer que pour les panaris c'est le traitement type. M. Thiriar a traité, à sa consultation gratuite de l'hôpital, soixante et un cas de phlegmons dont treize de la main et quarante-six panaris. Ils ont tous bénéficié de ce nouveau pansement et cela avec une rapidité incroyable. Un seul panari a nécessité dix-neuf pansements, quelques-uns trois ou quatre seulement, la plupart ont été guéris au bout de huit à dix jours. Après avoir donné issue au pus, on fait prendre au doigt des bains d'une demi-heure dans l'eau oxygénée qui sert ensuite pour l'application d'un pansement humide.

Pleurésie purulente. — Au point de vue bactériologique, il existe plusieurs variétés de pleurésie purulente. Ce sont les épanchements à streptocoques qui sont les plus fréquents; ce sont ceux qui disparaissent rapidement par l'eau oxygénée et les insufflations d'oxygène dans la plaie. L'auteur a eu l'occasion de traiter un seul cas d'empyème chez un homme de 32 ans. L'épanchement siégeait à gauche; on pratiqua la résection de la huitième côte et. après cautérisation, on fit passer dans la cavité pleurale, pendant plusieurs minutes, un fort courant d'oxygène. Les jours suivants, la plaie fut lavée par le peroxyde d'hydrogène et les insufflations furent continuées. En quelques semaines, la guérison fut obtenue.

Anthrax. — Affection due au staphylocoque doré. Le traitement par l'eau oxygénée et l'oxygène est tout indiqué contre elle. Les anthrax peu graves à la vérité, qu'il a traités ainsi, sont tous guéris facilement. Il est persuadé que les injections d'oxygène dans les anthrax malins seraient très efficaces.

Les fractures ouvertes, exposées, bénéficient largement de ces manœuvres antiseptiques qui préviennent toutes les complications redoutables survenant si souvent. Un employé, victime d'un accident, est apporté dans son service, ayant une fracture complète, compliquée et exposée de la jambe gauche avec une énorme plaie qui s'étendait au creux poplité, au fond de laquelle on distinguait les vaisseaux et les nerfs de la région. Il présentait les mêmes délabrements au membre droit mais sans fracture. Traité immédiatement par le peroxyde d'hydrogène, il se rétablit en quelques semaines. Vingt jours après l'accident, il fut atteint d'une hémorragie formidable, causée par la chute des parties mortifiées; des irrigations à l'eau oxygénée en eurent rapidement raison, démontrant ainsi une fois de plus les propriétés hémostatiques de cet agent.

Eau oxygénée en gynécologie. — Elle est actuellement employée dans la section de gynécologie contre certaines affections inflammatoires de l'utérus, contre les endométrites surtout. Elle donne d'excellents résultats et beaucoup de curettages sont ainsi évités. Mais

c'est surtout dans les septicémies puerpérales résultant de rétention placentaire que ces injections intra-utérines sont efficaces.

Des femmes apportées moribondes, avec des températures de 40 à 41°, avec un pouls petit misérable, fréquent, du ballonnemeut du ventre, etc., renaissent en peu d'heures à la vie, si, après un curettage à la curette mousse, on fait passer 2 à 3 litres d'eau oxygénée dans la cavité utérine. Le jour même, la température baisse et revient à la normale.

Enfin, l'auteur doit signaler les propriétés désinfectantes de l'eau oxygénée. Des affections gangréneuses, des cancers ulcérés, des ulcères fétides qui dégagent parfois une odeur repoussante, sont immédiatement désinfectés : l'odeur disparaît et la cachexie septicémique est enrayée jusqu'à un certain point.

Conclusions. — L'oxygène (gaz et eau oxygénée, est un antiseptique de premier ordre, supérieur à ceux que nous employons actuellement, car il n'a pas d'odeur et n'est surtout pas toxique.

Il agit surtout contre les affections à germes anaérobies et à ce titre c'est peut-être le seul agent efficace à opposer à la gangrène gazeuse.

C'est un agent précieux pour combattre les suppurations banales, les infections à microbes associés. A ce titre, il est surtout à recommander pour le traitement des phlegmons et des panaris, ainsi que des affections utérines septiques.

C'est enfin un désinfectant énergique à opposer à l'odeur fétide et repoussante de certaines affections.

— Les communications de MM. Kuborn et Thiriar seront insérées au *Bulletin*.

1. Discussion de la communication de M. Barella, intitulée : *Le nourrisson, la nourrice, l'enfant de la nourrice.*

— Personne ne demandant la parole, cette discussion est close.

2. Suite de la discussion du rapport de la Commission qui a examiné la question relative à l'usage du tabac chez les jeunes gens au-dessous de seize ans.

M. Masoin expose que tous les tabacs qu'il a achetés comme dépourvus de nicotine à Bruxelles et en province, ont été trouvés à l'analyse plus ou moins chargés du redoutable alcaloïde; infusés dans l'eau et injectés sous la peau, ils ont intoxiqué les animaux en expérience.

Au contraire, injectés aux animaux après avoir été absolument dépouillés de nicotine au laboratoire de M. Bruylants par les soins de M. Jangoux, aucun effet toxique n'apparaisssait. Le tabac vendu comme privé de nicotine porte une fausse étiquette et il faudrait supprimer cette tromperie.

Reprenant les expériences de MM. Gilbert, Ballet et Maurice Faure, l'expérimentateur a injecté sous la peau de lapins et de cobayes des quantités variables du liquide brun obtenu par l'infusé du tabac, et il a vu se dérouler des tremblements localisés, des mouvements très curieux de salutation, puis le tremblement général, des accès épileptiques, etc.

M. Masoin expose ensuite les effets de la fumée du tabac, et conclut : « Il paraît certain que la nicotine, si tant est qu'elle existe dans la fumée du tabac, n'est point seule coupable, et qu'il faut incriminer aussi la pyridine, la collidine et d'autres dérivés pyridiques.

Ayant essayé d'abord la collidine qui était signalée comme la plus nocive, il reconnut qu'elle est très toxique pour les grenouilles; elle provoque des spasmes d'abord locaux, plus tard généralisés, avec hyperexcitabilité réflexe.

M. Masoin a essayé aussi la pyridine : son action est primitivement et simplement paralysante.

L'auteur refait sommairement le procès du tabac, et rappelle qu'en 1873 déjà, il dénonçait à la tribune académique les accidents engendrés par cette funeste plante, surtout au point de vue de l'aliénation mentale.

En terminant, M. Masoin repousse les objections adressées par avance à une loi sur l'abus du tabac : On affirme qu'elle sera *vexatoire;* qu'importe si elle est utile?

On prédit qu'elle restera *inopérante*; cela dépendra des autorités de police, et l'Académie aura fait son devoir en signalant le danger.

On dit enfin qu'elle est *contraire aux mœurs de la nation*, mais, les lois sont faites pour former les mœurs, et ce n'est pas le législateur qui doit reculer devant les mœurs, quand il s'agit d'une question d'hygiène sur laquelle nous sommes tous d'accord.

— La suite de la discussion est ajournée à la prochaine séance.

Question proposée pour être mise au concours : « Déterminer l'influence des changements de température du corps sur la nutrition organique. »

Le Bureau propose de fixer la clôture de ce concours au 20 janvier 1901 et d'y allouer une somme de 1,200 francs comme prix. — L'assemblée se range à cet avis.

VARIÉTÉS.

NOUVEAUX LITS A BASCULE.

M. le dr Wibo nous signale deux lits mécaniques (imaginés par Mme Roels, ancienne directrice d'un asile d'aliénés), dont l'un à bascule, permet, grâce à un mécanisme aussi simple qu'ingénieux, d'immobiliser le malade, de lui faire prendre une position à inclinaison voulue, ou de le retourner complètement au besoin, sans lui occasionner ni secousses, ni fatigue ni douleurs.

Un cadre en bois, garni de sangles mobiles, pivote à volonté dans le cadre de fer qui lui sert de support.

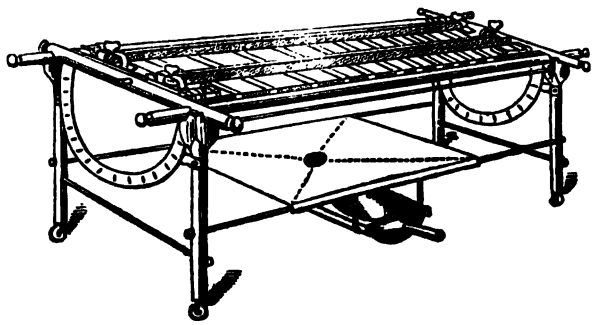


Fig. 1.

La figure ci-contre représente ces dispositions.

Lorsqu'il s'agit d'examiner ou de panser le dos ou la région sacrée, ou d'y procéder à quelque soin de propreté, il suffit d'imprimer un mouvement de bascule au cadre pour incliner le malade ou le retourner complètement, et de détacher une ou plusieurs sangles au niveau de la région à soigner.

Une toile solide et un bandeau de front, maintiennent le corps et la tête dans la position renversée, sans produire ni gêne ni fatigue.

Inutile d'insister sur les services que peut rendre ce lit dans tous les cas où il est nécessaire d'immobiliser un malade et de soigner chez lui des plaies de décubitus.

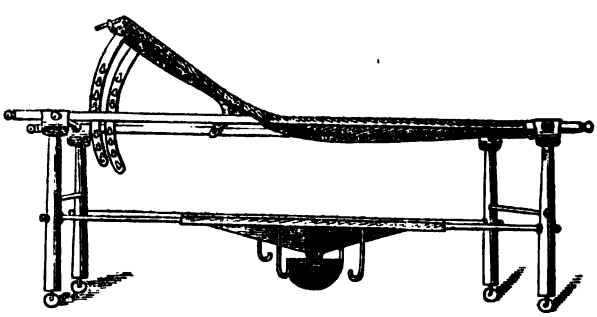
Il suffit de défaire une sangle sous le siège pour permettre au malade de satisfaire des besoins naturels sans qu'il ait à se déplacer.

Ce lit convient aussi aux agités ou aux fous furieux.

L'autre lit sera précieux dans le service des ambulances. On glisse doucement la toile sous le blessé couché par terre, ou passe les quatre tubes dans les coulisses qui bordent la toile, et le brancard est improvisé. Déposé sur des supports ce brancard forme lit.

Il peut être de grande utilité dans le traitement des malades qui gâtent les literies par des sueurs ou des incontinences — ou qui sont atteints d'affections contagieuses.

Il se compose de 4 tubes en fer de 3 centim. de diamètre environ et d'une forte toile. Cette dernière peut au besoin être percée d'une ouverture ovalaire, fermant par un rideau mobile, à l'endroit correspondant au siège. Facile à démonter à tenir propre et aseptique, cet espèce de hamac peut convenir pendant les chaleurs de l'été et particulièrement aux malades sujet aux transpirations profuses, tels les phtysiques p. ex.



Son chevet est mobile et permet au malade de prendre à volonté la position couchée ou assise. E. H.

QUELQUES RÉFLEXIONS A PROPOS D'UN CAS D'OCCLUSION INTESTINALE AIGUÉ SURVENU DANS LE CANCER DE L'INTESTIN.

Il n'est guère pour le chirurgien d'affections aussi ingrates à traiter que l'étranglement interne ; le plus souvent, il est appelé auprès de malades qui ont été surpris en pleine santé apparente par les symptômes de l'occlusion intestinale, et il se trouve dans l'impossibilité de recueillir au moyen du commémoratif ou de l'exploration le moindre indice sur la cause ou le siège de l'étranglement.

S'il se décide à intervenir, il arrive communément qu'après avoir exploré tant bien que mal la cavité abdominale, gêné comme il est par les anses intestinales ballonnées qui cherchent à fuir de toutes parts au dehors, pressé de finir, en présence de l'état précaire du sujet, il doive se résigner à refermer le ventre, non-seulement sans avoir levé l'obstacle au cours des matières, mais même sans avoir pu se rendre compte du siège ou de la nature de l'obstacle.

Quelquefois, de guerre lasse, il se décide à pratiquer un anus anormal, ce qui ne vaut guère mieux que de rien faire.

Dans l'un comme dans l'autre cas, les opérés meurent à peu près invariablement le jour même, le lendemain, au plus tard le surlendemain.

Il y a plus : outre le regret d'avoir vu échouer ses efforts, le chirurgien emporte la conviction qu'il a — je ne dirai pas provoqué la mort, puisqu'elle apparaissait à ce moment inévitable sans intervention opératoire — mais à coup sûr hâté la terminaison funeste par le trauma exercé sur des tissus : intestin, péritoine, qui se trouvaient par le fait de l'affection dans les meilleures conditions de réceptivité pour les microbes.

En fait, les cas sont rares où le chirurgien a la bonne fortune de sauver un malade atteint d'étranglement interne ; j'ai publié moi-même dernièrement dans la *Revue* un cas de succès — l'étranglement, datant de huit jours, était occasionné par le diverticule de Meckel — j'ai sauvé, autant que je me souvienne, deux autres malades encore, mais en réalité il s'agissait de pseudo-iléus par appendicite; soit dit en passant, cette affection évolue en effet fréquemment sous les apparences trompeuses de l'iléus.

Sans doute, nous obtiendrions des résultats meilleurs, si nous étions appelés à intervenir plus tôt, avant que les purgatifs administrés à outrance soient venus augmenter l'irritation et l'encombrement de l'intestin, avant que le ventre ne soit distendu à l'extrême, de façon à gêner notre exploration, avant que l'intestin et le péritoine congestionnés, ramollis ne soient devenus si impressionnables au trauma. Pour comble, il s'agit de sujets dont l'état général est devenu si précaire que nous ne pouvons songer à les transporter dans un institut ou un hôpital et nous devons les opérer à domicile dans les conditions les plus défectueuses d'installation et de milieu.

N'incriminons la conduite de personne, car, sauf les cas suraigus où les symptômes sont assez caractéristiques pour réclamer d'emblée une intervention chirurgicale, bon nombre de cas d'iléus ont une marche lente, insidieuse, et le médecin n'est pas coupable s'il se laisse aller pendant plusieurs jours à l'espoir qu'il s'agit simplement de symptômes inflammatoires ou d'une constipation rebelle.

Hâtons-nous de le dire au surplus : il y a des cas où une intervention hâtive ou précipitée serait plus funeste au malade que l'abstention ; je veux parler des cas où il s'agit, non pas d'un iléus, mais de processus inflammatoires ou septiques retentissant sur le péritoine ; certes, tous les traités établissent les signes du diagnostic différentiel entre la péritonite et l'iléus, mais en réalité, au lit du malade, la confusion est facile et j'ai acquis la conviction que nous opérons maintes fois des malades prétendûment atteints d'iléus, qui n'ont qu'une péritonite, celle-ci venant le plus souvent d'une maladie des organes génitaux chez la femme, d'autres fois ayant une cause qui nous échappe. En pareil cas, il n'est pas étonnant que, même sur la table d'autopsie, nous ne parvenions pas à découvrir la cause du prétendu iléus et que notre intervention soit non seulement condamnée à un échec, mais provoque directement ou précipite la terminaison fatale.

On a publié sans doute des cas — mais combien rares — où l'intervention chirurgicale avait été couronnée de succès dans la péritonite ; ne nous y fions pas ; en principe, l'abstention s'impose en pareil cas dans l'intérêt du malade.

J'abrège ces considérations générales, car ce que j'ai voulu surtout mettre en relief dans cet article, c'est, contrairement à l'opinion reçue, l'évolution souvent latente des cancers des organes abdominaux.

L'observation suivante me fournit l'occasion d'insister sur cette particularité :

Il y a peu de temps, on m'amena à l'hôpital un homme de 45 ans, forgeron de son état, qui, la veille, avait été surpris en plein travail par les symptômes d'une occlusion intestinale suraiguë : douleurs de ventre atroces, vomissements incessants de matières bientôt fécaloïdes, hypothermie, prostration, etc.

J'eus beau interroger le malade ainsi que sa femme; je ne pus rien apprendre touchant la cause présumée ou le siège probable de l'occlusion, et, devant les élèves présents, je soulevai parmi les causes de l'iléus toutes les hypothèses auxquelles je croyais pouvoir en l'espèce m'arrêter un moment.

Or, le ventre ouvert, il se fit qu'aucune de ces hypothèses n'était réalisée.

Je tombai facilement, vu le peu de temps qui s'était écoulé depuis le début de l'étranglement, sur l'obstacle; il était constitué par un cancer occupant circulairement sur une hauteur de 5 à 6 centimètres l'intestin grêle à peu de distance de la valvule iléo-cœcale.

J'enlevai le néoplasme aussi bien que je pus -- il était déjà infiltré dans le mésentère et avait infecté les ganglions à distance — et je réunis au moyen du bouton de Murphy les deux bouts de l'intestin.

Le malade se rétablit, mais ce ne fut pas pour longtemps, car il ne tarda pas à succomber à la cachexie.

Ce que je veux relever du reste, ainsi que je le disais plus haut, c'est le fait d'un cancer de l'intestin ayant parcouru toutes ses phases sans provoquer le moindre symptôme, ou plutôt sans éveiller l'attention du malade ; en interrogeant de nouveau la femme après l'opération, j'appris bien que son mari avait sensiblement maigri depuis quelque temps et qu'il s'était plaint plusieurs fois de perdre ses forces, mais il n'avait pas un seul jour abandonné son dur travail.

Quant à l'occlusion intestinale suraiguë déterminée par le néoplasme, j'en eus l'explication bien nette en examinant le tronçon d'intestin réséqué : la lumière de l'intestin à l'endroit occupé par la tumeur était réduite au calibre de l'extrémité du petit doigt, si bien qu'elle avait pu jusqu'à la fin laisser passer assez aisément les matières, mais un gros pépin d'orange s'était engagé dans la filière par son bout pointu et s'y était si bien enclavé qu'il obturait complètement le passage à

l'instar d'un bouchon ; le sujet se souvint d'avoir effectivement mangé une orange trois jours auparavant.

Les exemples ne manquent pas d'ailleurs dans la littérature médicale de rétrécissements de l'intestin se révélant pour la première fois par un étranglement aigu, à la suite de l'engagement dans la partie rétrécie d'un des nombreux corps étrangers qui circulent dans l'intestin : débris grossiers d'aliments, pépins, noyaux de fruits, etc.

Aussi, ce n'est pas sur cette particularité que je veux attirer l'attention, mais sur l'évolution latente d'un grand nombre de néoplasmes malins des organes intra-abdominaux.

On se figure volontiers qu'un cancer de l'estomac ou de l'intestin produit dès le début des douleurs ou des troubles fonctionnels appréciables, et provoque de bonne heure des signes de dépérissement ou de cachexie. En réalité, il n'en est souvent pas ainsi.

Il y a quelques jours encore, j'ai été appelé à voir un homme relativement jeune — 35 ans seulement — bien portant en apparence, dont le foie s'était développé d'une façon tellement rapide que les médecins, très expérimentés du reste, avaient cru avec les meilleures raisons du monde qu'il s'agissait d'une affection chirurgicale, justiciable d'une intervention ; je ne pus malheureusement me rallier à leur opinion et fus d'avis qu'il s'agissait d'un de ces cancers que, en raison de leur marche rapide, on a appelé des cancers aigus du foie ; au surplus, j'appris que le malade avait souffert d'une « dyspepsie » trois années auparavant, dyspepsie rebelle, qui avait néanmoins fini par rétrocéder.

Or, comme le cancer du foie est presque toujours, sinon toujours, un cancer secondaire, résultant communément de la propagation d'un cancer de l'estomac, il devint évident pour moi que la prétendue dyspepsie constatée autrefois, guérie apparemment dans l'intervalle, était tout bonnement un cancer de l'estomac, qui avait évolué silencieusement et venait de se généraliser à la glande hépatique.

Une autre fois, je fus appelé pour opérer une dame d'une cinquantaine d'années qui, bien portante jusqu'alors, avait vu son ventre prendre soudain un développement exagéré ; la tuméfaction était produite par du liquide ascitique, et je présentai comme à peu près certaine, l'hypothèse d'un cancer.

L'incision exploratrice confirma cette opinion, mais, ce qui étonna les médecins traitants, c'est que le néoplasme, chez une personne qui avait conservé ses forces et son embonpoint jusqu'à la fin, était géné-

ralisé à tout le ventre,au point que le péritoine était parsemé de milliers de nodosités cancéreuses.

Pareils cas sont familiers du reste aux chirurgiens de profession : il leur est arrivé à tous, en ouvrant le ventre, de rencontrer des cancers inopérables, généralisés déjà, que rien n'avait pu faire soupçonner.

De même, dans le cours des autopsies, combien de fois n'arrive-t il pas de trouver des cancers des organes abdominaux, surtout de l'estomac et de l'intestin, qui avaient positivement occasionné la mort de sujets chez lesquels on avait diagnostiqué tout autre chose pendant la vie, qui avaient prétendûment succombé à une maladie du poumon, du cœur ou du cerveau !

Quant à moi, l'expérience déjà longue de laparotomies de tout genre, jointe à l'observation des cancers externes, m'a donné la conviction que les néoplasmes malins, abandonnés à eux-mêmes ont une durée plus longue que celle qu'on leur assigne communément, et, pour prendre un exemple approprié au sujet de cet article, il ne me paraît pas contestable que, lorsque le cancer de l'estomac ou de l'intestin se révèle au diagnostic par des signes évidents, lorsque apparaissent les hématémèses ou les selles sanglantes, ou bien que s'accusent les signes de rétrécissement du pylore ou de l'intestin, lorsque surtout une tumeur — le seul signe pathognomique en l'espèce — se laisse percevoir, lorsqu'enfin l'état général commence à souffrir, que survient l'amaigrissement et se dessine la cachexie, il ne me paraît pas contestable, dis-je, que la tumeur existe déjà depuis un temps fort long.

Aussi, combien souvent une laparotomie exploratrice — intervention anodine chez un sujet dont l'état général est encore bon — pourrait, dans les cas louches d'affections de l'estomac ou des intestins, être utile au diagnostic et au traitement, en permettant de découvrir et quelquefois d'enlever avec des chances de guérison définitive des cancers au début ! Mais nous n'en sommes pas encore là et nous n'y arriverons pas de sitôt !

Pour conclure, je dirai qu'il faut toujours faire entrer en ligne de compte l'hypothèse d'un cancer dans le diagnostic des affections tenaces ou à allures anormales des organes abdominaux, du tube digestif notamment, et que même, il ne faut pas exclure le cancer dans le cas d'occlusion intestinale aiguë, comme le prouve l'observation que j'ai rapportée.

Dr DANDOIS.

TRAITEMENT DES DYSPEPSIES.

La *Gazette hebdomadaire* a tracé, d'après un travail du dr Lemoine, le traitement des dyspepsies ; l'auteur divise celles-ci en trois groupes :

1° Les cas où le suc gastrique n'est pas assez acide : hypochlorhydrie, et ceux où l'acidité est presque nulle : anachlorhydrie ;

2° Les cas où il y a excès d'acide : hyperchlorhydrie ;

3° Les cas, assez nombreux, qui ne peuvent pas être classés dans ces deux groupes.

Le diagnostic de ces différentes formes n'est pas toujours aisé, mais, dans les cas douteux, on pourra procéder par tâtonnements.

Hypochlorhydrie. Les symptômes sont causés par un défaut d'acide et de ferment dans le suc gastrique : il faut donc acidifier ce dernier.

On fera d'abord prendre une solution d'*acide chlorhydrique*, soit au début, soit à la fin du repas. Il vaut mieux l'administrer au début afin d'agir dès le commencement de la digestion et d'éviter ainsi les premiers malaises.

Aux sujets qui ne craignent pas de prendre une solution ayant un goût acide, on ordonne :

Acide chlorhydrique	1 à 2 gr.
Eau distillée	100 gr.

Une cuillerée à café de cette solution au début du repas. On peut du reste l'étendre avec un peu d'eau pour en atténuer le goût.

Pour une femme ou un enfant, on masque le goût de la façon suivante :

Acide chlorhydrique	1 à 2 gr.
Sirop d'écorce d'orange amère	300 gr.

Une cuillerée à soupe au lieu d'une cuillerée à café.

On peut encore déguiser davantage le goût de la façon suivante :

	Acide chlorhydrique	1 gr.
	Sirop de limon	de l'un 100 gr.
ou	Sirop de grenadine	
ou	Sirop de grosseille	
	Eau distillée	200 gr.

et l'on a ainsi une limonade très agréable qui sera toujours bien acceptée.

Il faut généralement joindre à cette médication l'emploi des *ferments*, qui sont souvent utiles. On donne alors, à la fin du repas, de la pepsine, de la papaïne ou de la pancréatine.

La pepsine serait réellement le meilleur produit si elle n'était souvent falsifiée. Elle se donne par cachets de 15 à 25 centigrammes.

On a fait de nombreux élixirs contenant de la pepsine, mais l'alcool qui entre dans leur composition détruit la plupart des propriétés

du ferment. Il vaut mieux l'incorporer à la solution acide, et ajouter à une des formules précédentes 5 grammes de pepsine.

Un produit analogue, et plus efficace peut-être, est la papaïne, extrait du *Carica papaya*.

C'est une véritable pepsine végétale que l'on prendra comme l'autre, en cachets, à la fin du repas.

Les résultats de ce traitement sont rapides et certains dans les cas simples. Mais si l'hypochlorhydrie est très accentuée, s'il existe d'abondantes fermentations, cela ne suffit pas. Suivant l'exemple des Anglais, il faut, dans ces cas, donner, une heure après le repas, des *acides forts*, de l'acide sulfurique ou nitrique. Aussitôt arrivés dans l'estomac, ces produits arrêtent les fermentations dues aux acides faibles, lactique ou oxalique. On donne un verre de limonade sulfurique ou une cuillerée à café de la solution suivante :

Acide sulfurique	V gouttes
Eau	100 gr.

Il y a des cas qui réclament spécialement les acides forts; c'est quand les fermentations sont assez abondantes pour prolonger le malaise et entraîner par la pénétration de leurs produits dans l'intestin de la diarrhée; il y a alors une préparation, fort en usage en Angleterre, qui donne d'excellents résultats :

Acide sulfurique	2 grammes.
Acide azotique	0 gr. 50.
Alcool à 80°	20 grammes.

On laisse ces substances en contact pendant 48 heures, et, lorsque le mélange est complet, on ajoute :

Sirop de limons	150 grammes.
Eau de tilleul	100 grammes.

Cette potion acidulée fait disparaître radicalement les malaises prolongés des hypochlorhydriques. On en fait prendre 1 cuillerée à soupe 1 heure après le début du malaise.

Il y a d'autres produits qui sont mieux acceptés par les malades que ces acides forts. Le *menthol*, par exemple, fait rapidement disparaître les fermentations.

Menthol	1 gramme.
Julep gommeux	100 grammes.

Une ou 2 cuillerées à soupe de cette solution après la fin de chaque repas.

On a donné aussi le *bicarbonate de soude* ou l'eau de Vichy, mais alors longtemps avant le repas (1 heure).

Pour exciter les contractions de l'estomac, on a donné des stimulants, tels que la *strychnine*.

L'auteur donne une formule qui répond à cette indication :

Teinture de noix vomique
Teinture de rhubarbe } ââ 2 gr.
Teinture de badiane.

dont on fait prendre V, VI à X gouttes 1/2 heure avant les repas.

En effet, pour que la médication eupeptique produise un bon effet, il faut qu'elle soit administrée 1/2 heure au moins avant les repas. Aussi le vin de quinquina que les malades prennent en se mettant à table ne donne-t-il aucun résultat.

Les *lavages de l'estomac* sont souvent utiles en débarrassant l'organe des produits de fermentation qui s'y trouvent ; ces lavages seront faits tous les jours ou tous les deux jours avec de l'eau légèrement alcaline.

Enfin, les sujets étant souvent névropathes, il importe beaucoup de *traiter leur état général*, spécialement par *l'hydrothérapie chaude*, en jets brisés, les douches tièdes à faible pression, le tube tiède.

La médication antinerveuse énergique ne convient pas à ces malades : les douches froides sont suivies de lassitude, et des jets violents donnent toujours un certain ébranlement au système nerveux.

Comme *régime*, on donnera dans l'hypochlorhydrie le *lait* en grande quantité. Le matin, le malade prendra du lait ou du chocolat. Il y joindra un œuf. Vers 10 heures, il prendra encore un œuf. A midi, il mangera de la viande peu cuite, des légumes verts très cuits, un œuf ou deux. Vers quatre heures, il prendra encore un œuf, et le soir, il fera un repas analogue à celui de midi. Ici on cherche à ne donner que des aliments qui demandent très peu d'acide pour être digérés.

Hyperchlorhydrie. L'auteur distingue plusieurs formes réclamant un traitement spécial.

Il y a d'abord le *type paroxystique*, où il survient par crises une douleur très vive ayant pour siège le creux épigastrique; il existe à la fois de l'hypersécrétion acide et de la congestion hépatique. Etant donnée l'intensité de la souffrance, il faut d'abord s'adresser uniquement à elle : on fera immédiatement une injection de 1/2 ou 1/4 de centigramme de chlorhydrate de morphine, qu'on répétera plusieurs fois s'il le faut. Aussitôt l'accès terminé ou au cours de celui-ci, si l'estomac peut tolérer des boissons, on donnera dans un peu d'eau du bicarbonate de soude, à la dose de 1 cuillerée à soupe, soit 15 grammes, ou tous les quarts d'heure 1 cuillerée à café. Ce traitement fera disparaître toute douleur.

Une fois l'accès passé, on traitera comme dans le cas suivant.

Dans la *forme classique de l'hyperchlorhydrie*, on observe des accès répétés à heure fixe 2 ou 3 fois par jour, il faudra s'efforcer de remplir les indications suivantes :

1° Alcaliniser ou tout au moins neutraliser le suc gastrique qui est trop acide;

2° Lutter contre les fermentations qui peuvent s'opérer, et combattre la tendance à la dilatation d'estomac et aux troubles intestinaux;

3° Soigner l'état général, car il faut se souvenir que le sujet est un nerveux, et en même temps régler les fonctions des nerfs qui président à la sécrétion du suc gastrique.

1° Pour *alcaliniser le suc gastrique*, le moyen le plus simple, le plus généralement employé, est l'absorption du *bicarbonate de soude* à haute dose. Ce médicament peut donner de bons résultats, même s'il est employé seul. Le malade le prendra non aux heures où il souffre, mais 1/2 heure environ avant l'heure où paraît habituellement le malaise. On peut donner 1 cuillerée à café bien pleine de cette poudre, soit 4 grammes environ, vers 10 heures 1/2 et vers 4 h 1/2. Pour éviter la douleur nocturne, le malade en absorbera encore la même quantité en se couchant. Il sera donc pris dans la journée 12 grammes environ de bicarbonate de soude. En même temps on fera prendre chaque fois 1 verre d'eau de Vichy tiède.

Si cette médication ne suffit pas à empêcher les malaises, on doublera la dose du matin et de l'après-midi, faisant prendre, par exemple, 1 cuillerée à 10 heures, et une cuillerée à 10 heures 1/2, puis 1 à 4 heures, 1 à 4 heures 1/2. Avec la quantité prise le soir, le malade prendra donc 20 grammes de bicarbonate de soude par jour, ce qui peut se faire quelque temps sans inconvénient.

2° Il y a une seconde indication à remplir dans le traitement de l'hyperchlorhydrie : c'est de *faire disparaître les fermentations* stomacales et intestinales. Les *lavages* de l'estomac seront ici employés avec succès, car, par ce moyen, on enlèvera l'acide qui se trouve en excès dans la cavité de l'organe, et de ce fait on supprimera la diarrhée muqueuse ou muco-membraneuse due à l'action du suc gas trique acide, qui irrite la muqueuse intestinale.

Si les symptômes intestinaux sont peu accentués, le *salicylate de bismuth* et les phosphates, particulièrement le *phosphate de chaux*, produiront un excellent résultat. On pourra donc prescrire les cachets suivants :

Magnésie	0 gr, 30
Salcylate de bismuth	0 gr. 50
Phosphate de chaux	0 gr. 50
Poudre de feuilles de belladone	0 gr. 01

La diarrhée cédera rapidement avec ce traitement.

3° La troisième indication à remplir est de *soigner l'état nerveux*. Deux choses sont particulièrement à conseiller : *l'hydrothérapie froide*, et le *repos* aussi absolu que possible. Le malade ne devra pas

bouger après ses repas, car tout mouvent brusque réveillerait ses douleurs. Il ne devra pas non plus, pendant la digestion, se livrer à un travail intellectuel quelconque.

Enfin il y a un type spécial, caractérisé par de l'*hyperchlorhydrie continue* et désigné sous le nom de *maladie de Reichmann*; ce type est attribué généralement à de la stase gastrique, à du spasme du pylore; nous l'avons combattue parfois avec succès, à l'imitation de Doyen, par l'intervention chirurgicale sous forme de gastro-entérostomie.

Dans cette forme, le *bicarbonate de soude devrait être proscrit*, selon l'auteur; il recourt de préférence à *d'autres poudres absorbantes*, par exemple aux cachets indiqués plus haut; il en fait prendre surtout au début de la nuit, afin d'éviter les crises nocturnes si fréquentes et si douloureuses. Ici, les *lavages* de l'estomac sont particulièrement indiqués : on les pratiquera dans le but d'extraire le suc trop acide qui peu à peu ronge la muqueuse et peut devenir la cause d'un ulcère rond. Ils devront être faits journellement avec de l'eau de Vichy faible ou de l'eau alcaline. L'action thérapeutique de ces lavages est plus grande encore que celle des médicaments.

Quant au *régime* alimentaire des hyperchlorhydriques, *le lait serait à déconseiller*, les malades le digèrent mal. Le matin donner deux œufs à la coque avec un peu de thé chaud. Vers 10 h. 1/2, comme il faut occuper cet estomac trop actif, donner un ou deux biscuits secs, avec un verre d'eau de Vichy tiède, en même temps qu'un cachet alcalin. A midi, prescrire un bon repas, avec de la viande rouge, bœuf ou mouton, très peu cuite, des légumes verts très cuits, un peu de fromage et des fruits cuits. Il faut éviter les légumes acides tels que l'oseille; quant aux fruits crus, le seul qui sera permis sera le raisin. Vers 4 heures, le malade goûtera avec des gâteaux secs et du thé, il prendra en même temps son cachet de poudre alcaline, et, avant de se coucher, il prendra un dernier cachet, toujours avec un verre d'eau de Vichy tiède.

Quant aux *boissons* à prendre pendant le repas, il faut *interdire* formellement *la bière* et *le vin pur* et *conseiller* surtout *l'eau chaude*, et, si elle n'est pas acceptée, l'infusion de *thé* ou de tilleul, dans les cas légers, l'usage du vin blanc sec, coupé d'eau de Pougues ou de Contrexéville. La nuit, si le malade se réveille, il prendra un morceau de chocolat ou un biscuit.

Dans la maladie de Reichmann, le malade ne pouvant presque rien manger, doit prendre du lait, 2 ou 3 litres par jour, et du bouillon de viande, de la peptone, de la viande crue hachée; somme toute, le régime lacté avec le plus de viande possible; il faut que l'estomac utilise son suc trop acide. L. D.

—

LES ULCÈRES DU TUBE DIGESTIF DANS LES INFECTIONS.

Il est un certain nombre d'états pathologiques au cours desquels peuvent survenir, du côté de la muqueuse du tube digestif, et particulièrement dans les régions gastrique et duodénale, des lésions ulcératives à évolution aiguë et à tendance perforante; ils ont été étudiés par le dr Gandy.

Disons d'abord que l'on observe des lésions de ce genre : 1° à la suite de *brûlures* plus ou moins étendues de la surface cutanée; 2° au moment des modifications profondes que subit l'organisme lors de la *naissance* à la vie extra-utérine; 3° au cours des *infections* générales ou locales les plus diverses.

Ulcérations après brûlures. — Les ulcérations du tube digestif consécutives aux brûlures sont connues déjà depuis longtemps; elles se présentent, dans les observations, avec un certain nombre de caractères que M. Gandy résume de la facon suivante :

Cliniquement, les ulcérations aiguës des brûlés restent souvent latentes : elles peuvent ne point se révéler avant l'apparition d'une hématémèse abondante, de melœna répété, qui précèdent de peu la mort; elles demeurent même parfois ignorées jusqu'au moment de la perforation. Dans des cas plus rares, leur évolution est accompagnée de vomissements ou de douleurs à la pression de la région épigastrique.

Relativement au siège anatomique de ces processus ulcératifs, il est à noter que le duodénum (spécialement sa portion juxta-pylorique) et l'estomac semblent exclusivement atteints. On a vu pourtant la lésion siéger uniquement dans le jéjuno-iléon.

Les faits montrent avec quelle acuité peuvent évoluer ces lésions gastro-intestinales. La perforation complète de la paroi peut être réalisée quatre-vingt-trois heures après la brûlure, et dans la plupart des cas, elle survient du 5e au 20e jour, avec un maximum de fréquence vers les onzième et douzième jours.

Leur fréquence comparée au nombre des brûlures est diversement évaluée : 1/30e d'après Perry et Shaw, 1/25e ou plus encore, selon d'autres observateurs.

Ulcérations chez les nouveau-nés. — Les ulcérations que l'on rencontre assez souvent chez les nouveau-nés présentent des analogies assez grandes avec les précédentes.

Cliniquement, ces lésions sont souvent latentes, jusqu'au moment où des hématénèses, du melœna, annoncent que leurs progrès sont déjà avancés : la plupart des observations citées ont, en effet, été publiées sous la rubrique de « melœna neonatorum. » Il faut noter que ces hémorhagies se voient dès la vingtième heure, et qu'elles sont surtout fréquentes au second et au troisième jour après la nais-

sance. La perforation est rarement réalisée sans en avoir été précédée. Il peut exister des vomissements dès le début de l'évolution des lésions ulcéreuses; parfois il est fait mention de subictère, phénomène d'ailleurs assez fréquent chez le nouveau-né, mais qui n'en a pas moins sa valeur.

Ulcérations dans les infections. — De nombreux faits cliniques, anatomiques et expérimentaux démontrent que des ulcérations du tube digestif peuvent apparaître au cours ou à la suite d'une maladie infectieuse générale ou locale.

On a signalé ces ulcérations en particulier dans l'érysipèle, les septicémies post-opératoires, les pyohémies, certaines affections septiques comme les abcès ou les phlegmons diffus, la variole, la scarlatine et le purpura. Dans l'infection puerpérale, ces ulcérations sont relativement fréquentes, et on les a vues encore dans les affections septiques des voies urinaires, dans l'étranglement herniaire et les infections des voies biliaires. Les faits cités dans la pneumonie lobaire sont assez nombreux; enfin, on les a signalées encore dans les infections bronchiques, la tuberculose pulmonaire chronique, la diphthérie et même le rhumatisme articulaire.

Dans tous ces cas, il n'a été question que des infections dont la localisation primitive ou essentielle n'est point la muqueuse digestive.

Pourtant, même dans les maladies infectieuses dont les agents envahissent ou semblent envahir cette dernière, il est possible d'observer, à côté des lésions caractéristiques spécifiques de ces affections, d'autres lésions ulcératives dont le processus est différent et dont le siège est distinct.

La chose est certaine pour le choléra et surtout la dysentérie; elle est probable pour la dothiénentérie, de telle sorte que dans ces affections on peut rencontrer encore l'ulcère simple à titre de complication.

Le siège de ces ulcérations est, pour la grande majorité des cas, l'estomac, puis l'intestin grêle.

Cliniquement, c'est encore la latence qui reste la caractéristique essentielle de ces ulcérations, jusqu'au jour où elles ont ouvert un vaisseau suffisamment volumineux pour donner lieu à une hémorrhagie appréciable, ou jusqu'au moment où elles ont entamé, à son tour, la séreuse péritonéale. Assez rares sont les cas où leur évolution s'est accompagnée de quelques douleurs épigastriques ou de vomissements.

Dans les infections à marche lente, chronique, il semble même que la lésion ait de moins en moins une tendance envahissante; elle perd progressivement ses caractères d'ulcération térébrante, aiguë, taillée à l'emporte-pièce, pour revêtir peu à peu les caractères typiques de l'ulcère au vrai sens du mot.

Pour l'auteur, toute toxémie suffisamment intense, et il faut faire rentrer dans cette catégorie les faits qui se rapportent aux lésions des brûlures et des nouveaux-nés, peut amener les lésions ulcéreuses de la muqueuse digestive connues sous le nom d'ulcérations simples. le dr Gandy a confirmé cette manière de voir par l'expérimentation sur les animaux; de plus, il montre encore que beaucoup d'autres ulcérations dites simples peuvent aussi être rattachées à une toxémie : c'est ce qu'il s'attache à montrer en particulier pour la chlorose, le saturnisme, l'alcoolisme et les lésions chroniques du rein, affections dans lesquelles ces altérations sont assez fréquentes. L. D.

—

DE LA PRÉSENCE DE L'ALBUMINE DANS L'URINE DES AFFECTIONS CHIRURGICALES.

Bien que l'albuminurie ne soit qu'un symptôme, elle est généralement considérée comme synonyme de néphrite et comme révélant une modification dans l'état fonctionnel du rein, et, plus souvent encore, dans son état anatomique. Or, il s'en faut que cette conclusion soit toujours légitime; la présence d'albumine dans l'urine se rencontre dans plusieurs maladies chirurgicales de l'appareil excréteur de l'urine, sans comporter un pronostic grave et sans être une contre-indication à une intervention opératoire; il y a là une cause d'erreur qu'il faut savoir écarter.

Ce fait important a fait l'objet d'une des dernières leçons du professeur Guyon. De fait, chez les sujets souffrant d'une affection chirurgicale des voies urinaires, on trouve très fréquemment de l'albumine dans les urines, habituellement en petite quantité, assez souvent en quantité moyenne, parfois en grande abondance. Ces constatations ne se font que dans les urines purulentes et dans les urines hématiques; les urines limpides des sujets, dont l'appareil urinaire est resté aseptique et qui ne saignent pas, ne contiennent pas d'albumine.

Malgré que l'influence du pus et du sang sur le résultat des analyses soit bien connu, et que l'on ait coutume de faire leur part, on conçoit que la présence habituelle de l'albumine, et surtout de quantités moyennes ou grandes, fasse hésiter le diagnostic, et oblige à envisager l'hypothèse de la néphrite albumineuse. Alors qu'un état pathologique bien défini indique l'utilité d'une intervention sanglante, on n'ose pas toujours la conseiller, et, quand l'on n'a pu suffisamment préciser le siège et la nature des lésions, il arrive que l'on croit devoir prescrire un régime lacté sévère et prolongé à des malades, qui n'ont d'autre ressemblance avec les albuminuriques que la présence de l'albumine dans l'urine. On constatera alors les plus fâcheux résultats de la fausse interprétation du symptôme. Sans qu'elle ait la même importance

que le retard d'une intervention nécessaire ou de son abandon, l'institution et la continuation d'un régime non approprié a de regrettables conséquences sur l'état général du sujet.

Il ne faut donc pas attribuer une trop grande importance au symptôme albuminurie chez les urinaires, c'est-à-dire, chez les sujets souffrant d'une affection chirurgicale des voies urinaires; les enseignements de la clinique sont, dit Guyon, très formels. L'évolution de la néphrite des urinaires est toute différente de celle des brightiques; les reins des premiers ne perdent pas de façon fatalement progressive leur pourvoir éliminateur et jamais, si ce n'est dans des périodes extrêmes, dans les mêmes proportions.

Ainsi, on ne constate pas chez la plupart des urinaires les petits ou les grands accidents du brightisme, ni la succession et le groupement des phénomènes morbides qui le caractérisent. Lorsque surviennent certains d'entre eux, tels que les troubles digestifs, la céphalée, la polyurie, ils restent isolés, et l'intervention chirurgicale exerce sur eux une influence rapide et durable. Encore bien que l'appareil urinaire ne soit pas ramené par elle à son état normal, elle sera le plus souvent décisive, car il suffit, dans bien des cas, d'assurer le régulier écoulement de l'urine, pour empêcher le retour des manifestations urémiques.

Les chirurgiens sont habitués à voir les albuminuries de leurs malades céder lorsque les causes qui déterminent le mélange du sang ou du pus avec l'urine cessent d'agir. Le calculeux qui, sans avoir des urines hématiques à l'inspection, a cependant une dose souvent forte d'albumine après s'être promené, cesse de fournir cette réaction lorsqu'il est mis au repos. La guérison de son albuminurie n'est alors que momentanée, elle devient définitive lorsqu'il a été opéré.

Chez nos malades, dit Guyon, ni la présence habituelle et constante de l'albumine dans l'urine, ni l'élévation de son taux, n'autorisent à mettre le rein en cause. Le problème sémiologique est complexe et ne peut être résolu aussi simplement.

C'est le mélange de pus et de sang qui occasionne ainsi sans participation du rein la présence d'albumine dans l'urine; la quantité d'albumine peut être notable; ainsi, M. Chabrié, sur un grand nombre d'échantillons a trouvé l'albumine totale variant de quelques centigrammes à $0^{gr},60$ et dans une autre série, de $1^{gr},35$ à 2 et $3^{gr},50$. Les urines qui ont offert ces fortes quantités d'albumine étaient toutes, sauf une seule, hématiques, sans cependant présenter de coloration. Le chiffre total de l'albumine d'une urine purulente peut donc grandement varier selon qu'elle est ou non mélangée d'une quantité de sang, alors même qu'elle ne paraît pas hématique à l'inspection simple.

Les urines purulentes, exemptes de tout mélange de sang, offrent elles-mêmes de très notables différences dans leur teneur en albumine, suivant les conditions dans lesquelles on en fait l'examen. M. Chabrié l'avait constaté sur quelques échantillons : M. Lédié a bien voulu porter son attention sur ce point. Dans un très intéressant travail sur les urines purulentes, cet observateur a pu, à la suite d'une étude longue et approfondie, définir l'altération que subissent les leucocytes dans une urine devenue alcaline ; il a caractérisé la nature et la composition des matériaux albumineux, qui sont alors en solution dans l'urine, et démontré que ce nouvel apport peut doubler ou tripler la quantité primitive de l'albumine.

De là, ressortirait l'*obligation d'un dosage fait sur une urine récemment émise*, ou au moins, il faudra toujours établir avec soin la nature du mélange et, dans la mesure du possible, la proportion du pus et du sang avec les urines d'une part, et, en tenant exactement compte du temps écoulé depuis l'émission ainsi que de la réaction, d'autre part, pour évaluer, sans se tromper, la quantité de l'albumine totale.

Dans l'ensemble des matières albumineuses que contiennent les urines des malades, dans les affections chirurgicales, il faudrait, pour procéder autrement, pouvoir, à l'aide de l'analyse chimique, faire la part de celles qui sont vraiment d'origine rénale. Il est malheureusement difficile d'arriver, à cet égard, à des résultats non discutables ; le diagnostic ne peut encore bénéficier des remarquables travaux consacrés à l'étude de la différenciation des albumines. La pyine, par exemple, ne peut être sûrement dosée ; il est tout au moins malaisé d'y parvenir.

En attendant, l'étude des malades permet de réunir et de coordonner les éléments du diagnostic ; elle détermine ainsi, dans les conditions requises pour arriver à la vérité, le siège et la nature des lésions. Dans l'espèce, c'est encore à elle qu'il appartient de juger, et de dire dans quelle mesure et de quelle manière le rein des urinaires participe à la production des matières albumineuses contenues dans les urines purulentes ou hématiques. L. D.

—

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE URINAIRE.

La tuberculose si fréquente de la vessie ou des reins est une des principales causes de la présence de pus dans l'urine, mais comment peut-on arriver à en faire le diagnostic, ce qui est d'une importance capitale pour le pronostic et pour le traitement ?

Il y a d'abord des signes de probabilité, tels que l'absence d'autres causes habituelles de cystite : blennorrhagie, cathétérisme, puis il y a

l'habitus général du sujet, la présence à d'autres endroits du corps de manifestations tuberculeuses.

Le seul critérium infaillible repose toutefois sur des procédés de laboratoire.

Le dr Noguès a fait à ce sujet une communication à la réunion de l'association française d'urologie.

Les procédés de laboratoire sont au nombre de trois : *l'examen direct au microscope du dépôt sur lamelles*, les *cultures du bacille*, enfin les *inoculations des animaux*.

L'examen direct sur lamelles est le plus rapide mais le moins sûr ; en effet, le bacille de Koch ne cultive pas dans l'urine ; il y est donc habituellement en petite quantité et on n'y trouve guère que ceux qui ont été mis en liberté par l'ouverture spontanée d'un foyer caséeux. Mais quelques perfectionnements apportés à la technique ont permis de corriger dans une certaine mesure ces conditions défectueuses, et, à ce point de vue, les appareils connus sous le nom de centrifugateurs rendent des services journaliers ; Hallé écrivait récemment que sur 200 examens faits à la clinique, il avait pu trouver 70 fois le bacille de Koch par l'examen direct au microscope : cette proportion est très élevée et il est certain que le perfectionnement dans l'instrumentation n'y est pas étranger.

Les *cultures* sont un procédé infidèle : il serait en effet bien téméraire de compter sur la culture directe du bacille de Koch en inoculant avec des urines suspectes un tube d'agar ou de bouillon glycériné.

Restent donc *les inoculations aux animaux* et l'on peut dire sans crainte que, dans les cas douteux, c'est le procédé qui nous éclaire le plus souvent. Le cobaye est l'animal de choix et la double inoculation d'un centimètre cube sous la peau et dans le péritoine est un excellent moyen pour avoir une réponse rapide : dans les expériences qui font l'objet de cette communication, la mort est survenue spontanément vers le 21e jour ; en règle générale, les animaux peuvent être sacrifiés au bout d'un mois et demi, et si, à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion, on peut considérer comme négatif le résultat de l'inoculation.

Tous ces procédés réclament un outillage spécial, et Noguès a eu en vue dans son travail de mettre en relief un autre moyen plus simple de diagnostic, déjà utilisé d'ailleurs pour le diagnostic des tuberculoses chirurgicales en général, à savoir que *la purulence, en l'absence de tout micro-organisme, devient un signe de haute valeur en faveur de la tuberculose.*

Ses expériences à l'appui se divisent en deux groupes parfaitement distincts : dans un premier, il a fait rentrer les urines ne contenant pas à l'examen des bacilles de Koch, mais dans lesquelles on trouvait,

par contre, des micro-organismes de formes et d'espèces diverses ; seule l'évolution clinique permettait de supposer qu'il s'agissait d'une urine tuberculeuse. Ce groupe comprend 5 cas, qui sont tous restés négatifs; aucun des animaux en expérience n'a présenté de lésion pouvant faire penser à la tuberculose. La seule conclusion logique à tirer de cette série négative est que les suppositions n'étaient pas fondées et qu'il ne s'agissait pas là d'infection tuberculeuse. Il ne faudrait pas en tirer des conclusions prématurées et s'en prévaloir pour nier l'existence des associations microbiennes dans la tuberculose urinaire.

Le deuxième groupe des expériences comprend les urines dans lesquelles le microscope n'a permis de découvrir ni bacille de Koch ni aucune autre variété de micro organismes. Ici les résultats ont été des plus nets et sur 22 urines inoculées, 15 fois les cobayes ont succombé avec des lésions caractéristiques.

Faut-il généraliser et dire que toutes les urines dans lesquelles on ne trouvera ni bacilles de Koch, ni autres micro-organismes sont fatalement et toujours des urines tuberculeuses ? L'auteur n'ose l'affirmer mais le pense. L. D.

—

DES NOUVEAUX PROCÉDÉS DE DIAGNOSTIC DES CALCULS DU REIN.

La symptomatologie des calculs du rein est loin d'être toujours suffisamment caractéristique pour entraîner une conviction absolue; aussi, pour arriver au diagnostic, a-t-on introduit récemment dans la pratique des procédés spéciaux d'exploration, dont le professeur Albarran vient d'exposer les résultats.

Auparavant, il donne sur le diagnostic clinique de la lithiase rénale quelques données utiles à rappeler.

D'abord, il sera facile dans un cas donné de constater qu'une urine trouble descend du rein déjà infectée et ne s'est pas troublée dans la vessie, en d'autres termes, qu'on a affaire à une pyélonéphrite et non à une cystite : il suffit d'introduire une sonde dans la vessie et de laver ce réservoir jusqu'à ce que le liquide introduit sorte absolument limpide; on laisse alors la sonde en place pendant quelques minutes; si alors on recueille de l'urine très trouble et purulente, comme dans ce court espace de temps la vessie n'a pu sécréter tout ce pus, il est évident que l'urine vient des reins.

Le diagnostic de pyélonéphrite établi, on aura à choisir entre l'une des trois hypothèses : pyélonéphrite simple, tuberculeuse ou calculeuse.

Dans la pyélonéphrite simple, l'hématurie est rare, surtout l'hématurie abondante.

Dans la tuberculose rénale, les douleurs et les hématuries sont sans rapport avec le mouvement et le repos; le saignement est spontané; en outre, on peut trouver dans l'urine le bacille de Koch et souvent, il existe chez le malade d'autres lésions tuberculeuses.

Dans la lithiase, l'hématurie a des allures très particulières, elle est provoquée par le mouvement, calmée par le repos.

Tout cela ne conduit qu'à un diagnostic rationnel ou de probabilité qu'on voudrait étayer sur quelque constatation directe.

En réalité, il est presque de règle, sauf quand le malade fournit lui-même la preuve par l'élimination de graviers, que le diagnostic de calcul rénal reste ainsi hésitant, quand il n'échappe pas entièrement. Aussi, on a dû chercher des procédés d'exploration permettant de l'asseoir sur des bases indiscutables. Dans ces dernières années, trois nouvelles méthodes d'exploration ont été mises en œuvre : ce sont la phonendoscopie, la cystoscopie avec ou sans cathétérisme urétéral, la radiographie.

La *phonendoscopie* de Bianchi, qui donne des résultats très appréciables pour la délimitation des organes, a été appliquée par son auteur à la recherche des calculs du rein. Dans le service du professeur Guyon, Bianchi, à deux reprises différentes, a porté le diagnostic positif de calcul du rein; une fois l'intervention opératoire a confirmé le diagnostic; la seconde fois la méthode s'est trouvée en défaut. Ce procédé est donc infidèle aux mains mêmes de son auteur; reposant sur l'appréciation de très légères différences de tonalité, il exige en tous cas une grande habitude, et jusqu'à démonstration du contraire ne peut être considéré comme digne d'une réelle confiance.

La *cystoscopie* possède à son actif des résultats autrement sérieux. La simple inspection des orifices uretéraux peut déjà donner des indices dont la valeur devient grande, si on les rapproche des renseignements obtenus d'autre part par l'interrogatoire et l'examen du malade : elle est surtout utile lorsque, le diagnostic du calcul rénal étant posé, il reste seulement des doutes sur le côté où il siège.

On peut voir ainsi l'un des orifices uretéraux boursoufflé, noter la modalité du jet d'urine; à l'état normal il y a une éjaculation urétérale toutes les 25 ou 30 secondes; il n'est pas indifférent de constater d'un côté une plus grande fréquence, ou au contraire l'absence d'éjaculation, le défaut de remous; on peut aussi quelquefois prendre l'hématurie sur le fait. La cystoscopie simple n'est donc pas à négliger, mais l'examen de la vessie à la lumière électrique peut surtout être utile en permettant le cathétérisme des uretères, qui, lui, est capable de fournir dans certains cas un signe d'absolue certitude, par le *toucher direct du calcul*.

Albarran a eu entre autres cliniciens chez trois malades la sensation

caractéristique du frottement rugueux de la sonde uretérale sur un calcul du bassinet; malheureusement, ces quelques cas constituent une infime minorité et de gros calculs n'ont pas été sentis.

Si donc le cathétérisme uretéral peut, dans certaines circonstances, apporter un appoint considérable au diagnostic, c'est d'une façon tout à fait fortuite, et l'on ne peut compter sur lui. D'ailleurs, il ne faut pas se dissimuler que dans ce cas particulier, le cathétérisme des uretères n'est pas sans pouvoir offrir de réels inconvénients : les reins calculeux, sont toujours en imminence d'infection. Si donc il existe de la cystite, le cathétérisme doit être absolument proscrit.

Il y a enfin la *radiographie;* dès la découverte de Roentgen, on a fondé sur elle les plus grandes espérances pour la recherche des calculs biliaires, rénaux et vésicaux; il fallut bientôt en rabattre.

Buguet et Gascard, étudiant comparativement les différentes variétés de calculs, classent ainsi, d'après leur degré de transparence aux rayons, les différentes pierres : les plus transparents sont les calculs uriques; viennent ensuite ceux de phosphate ammoniaco-magnésien, ceux de phosphate et de carbonate de chaux; enfin, les calculs les plus opaques sont ceux formés par des oxalates.

Il y a cependant des cas où la radiographie a été utile; un des plus démonstratifs est celui, rapporté par Taylor et Tripp, d'un homme de 36 ans, chez qui les symptômes qui paraissaient démontrer à l'évidence un calcul du rein gauche conduisirent à pratiquer la néphrotomie : on ne trouva pas de calcul dans le rein, mais huit jours après, on fit la radiographie et on constata la présence d'une ombre très nette, placée dans la partie supérieure du rein : la plaie fut rouverte, la douzième côte reséquée et on trouva un calcul pesant 16 grammes à la place indiquée par la radiographie.

Albarran n'a trouvé dans la littérature médicale que 12 observations détaillées où la radiographie fut démonstrative.

La méthode de diagnostic des calculs du rein par la radiographie est encore bien incertaine dans ses résultats. A côté des cas positifs, il en est un grand nombre de négatifs; d'excellentes radiographies ont été faites chez de nombreux malades ayant des calculs rénaux, même très volumineux, sans que les pierres aient été reconnues.

Les pierres les plus favorables sont celles qui sont formées par des oxalates; viennent ensuite celles constituées par des phosphates et des carbonates; les calculs uriques sout très difficiles à voir, car ils se laissent facilement traverser par les rayons X.

D'après leur composition chimique, les calculs vus par la radiographie sur le vivant se répartissent ainsi : 3 oxaliques (Morton, Alsberg, Braatz), 4 phosphatiques (Hermann, 2 cas de Wagner, Albarran), 2 de carbonate (Lauenstein, Müller), 1 urique (Lester Léonard).

En dehors même de la transparence des calculs aux rayons de Rœntgen, on doit considérer les difficultés techniques provenant d'un côté de l'épaisseur considérable de la paroi abdominale, et d'un autre côté des mouvements du rein pendant la respiration.

En résumé, avec les procédés actuels, la radiographie montre bien les calculs les plus rares, les oxaliques; elle laisse encore assez bien voir ceux qui sont formés par des phosphates et des carbonates, et sauf entre les mains de Lester Léonard, elle a toujours échoué pour les calculs uriques. Les progrès de la technique devront surtout être dirigés du côté de la recherche des calculs uriques, car ce sont eux les plus difficiles à bien diagnostiquer et qui donnent lieu aux erreurs les plus communes. Les calculs de phosphates et carbonates sont presque toujours secondaires à des lésions rénales, qui par elles-mêmes justifient et commandent l'intervention opératoire; leur diagnostic, tout en présentant un grand intérêt, est, en clinique, de moins grande importance que celui des calculs uriques.

De tout ce que nous venons d'exposer, il se dégage cette conclusion pratique : *la radiographie peut, lorsqu'elle est positive, affirmer l'existence des calculs du rein; lorsque l'épreuve est négative, on ne peut que rester dans le doute.*

En définitive, c'est encore à l'incision exploratrice du rein, que nous avons utilisée bien des fois déjà avec succès, qu'il faudra arriver dans la plupart des cas douteux. L. D.

TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRHAGIE.

De l'importance qu'il y a à tenter l'abortion d'une blennorrhagie, aucun médecin ne doute aujourd'hui, car il sait les dangers multiples, locaux et généraux, que crée parfois cette affection non seulement pour celui qui en est atteint, mais aussi pour autrui.

Jusqu'à présent, la seule méthode abortive vraiment digne de ce nom consiste dans les grands lavages au permanganate de potasse.

Tout le monde connaît la méthode de Janet, que nous avons du reste autrefois étudiée longuement dans la *Revue*; en opposition avec cette méthode, Guiard a recommandé une méthode personnelle, qui en diffère surtout par l'emploi d'une seringue pour les lavages au lieu d'un irrigateur, et par l'usage de solutions médicamenteuses beaucoup plus faibles; nous avons signalé également cette méthode.

En somme, Guiard reproche, entre autres choses, à la méthode de Janet : 1° de ne pas mériter toujours le nom d'abortive, certains malades ayant été soignés pendant des semaines et des mois; 2° d'être trop optimiste; car, outre la douleur et l'irritation déterminées par les solutions fortes et l'action mécanique et aveugle du réservoir à élévation, les complications ne sont pas rares.

Pour lui, les accidents sont dus :

1° Au titre trop élevé des solutions préconisées par Janet, et il les a remplacées avec avantage par des solutions faibles (1 p. 10000 à 1 p. 6000);

2° Au dosage défectueux de la pression mécanique mise en œuvre par le bock à élévation, auquel il substitue une seringue légère et fonctionnant bien; avec cet instrument, obéissant à une main expérimentée, on calcule mieux, d'après lui, et on varie plus intelligemment, suivant les indications du moment, la pression à exercer, et l'on réduit au minimum les inconvénients traumatiques des laveurs ordinaires qui agissent mécaniquement, c'est à-dire à l'aveugle et souvent avec brutalité;

3° A l'application du traitement abortif à une période inopportune de la maladie, ce traitement réussissant d'autant plus sûrement qu'il est commencé *le plus tôt possible*, le premier ou le deuxième jour, à la rigueur encore le troisième; plus tard, on ouvre la porte à toutes les variétés de complications, non seulement douloureuses, mais inflammatoires. Pour Guiard, l'abortion par les grands lavages au permanganate de potasse ne doit pas être tentée après le troisième jour; car, alors même que ceux-ci seraient bien tolérés et paraîtraient donner quelque amélioration, on n'obtiendrait la guérison définitive qu'au bout de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois. Un tel processus ne peut plus être considéré comme abortif. Et alors, il vaut mieux, suivant M. Guiard, revenir au vieux traitement méthodique classique : trois semaines de traitement antiphlogistique en moyenne, puis les balsamiques (cubèbe ou santal) à doses actives, et enfin, pour finir, les injections s'il est nécessaire.

Ajoutons que, pour l'auteur, les lavages doivent toujours, et dès le début, porter sur la totalité de l'urèthre, c'est-à-dire pénétrer dans la vessie; c'est une mesure que nous avons pour notre part, ainsi que nous l'avons écrit dans la *Revue*, adoptée dès le principe, et, croyons-nous, mise le premier en usage

Résumons en quelques lignes la ligne de conduite suivie par Guiard : le malade est allongé dans la position horizontale et son canal est préalablement cocaïnisé. Pendant les trois ou quatre premiers jours on fait deux lavages par jour, à intervalles réguliers de douze heures environ, même moins pour les deux premiers, afin de ne pas laisser les gonocoques repulluler entre deux séances. Puis, pendant quatre ou cinq autres jours, un lavage quotidien seulement. Ordinairement, après deux ou trois lavages, on ne trouve plus de gonocoques dans l'écoulement; quand ces microbes persistent après la quatrième ou cinquième séance, le pronostic est beaucoup moins favorable, et, sans augmenter notablement la dose des solutions, il

faut multiplier les lavages. Aussi, dans l'intervalle des séances, le malade doit-il se pratiquer lui-même une ou deux injections complémentaires avec la seringue de l'auteur, qui, en raison de sa contenance (25 grammes), pousse le permanganate dans les deux urèthres, naturellement sans l'intermédiaire d'une sonde, mais par simple pression.

Si, après cinq ou six jours, le microscope trouve encore des gonocoques, le mieux est de se résigner au traitement classique, ou bien continuer les lavages au permanganate et les injections, à titre curatif et non plus abortif, jusqu'à... une date indéterminée. L. D.

—

DIAGNOSTIC DE LA BLENNORRHAGIE DE LA FEMME.

Les Docteurs Broese et Shiller, à la suite de leurs recherches, sont arrivés à infirmer l'opinion de Neisser, d'après laquelle la constatation du gonocoque serait nécessaire pour diagnostiquer la blennorrhagie à marche *chronique* de la femme. Le médecin qui se placerait à ce point de vue commettrait donc une erreur dans un grand nombre de cas.

Ils ont trouvé que l'*uréthrite chronique est le symptôme le plus certain de la blennorrhagie chronique de la femme.*

Comme symptômes incertains, il faut citer les autres affections de l'orifice du vagin : bartholinites, etc., mais elles deviennent pathognomoniques de la blennorrhagie chronique, dès qu'elles sont réunies à des maladies de l'utérus et des annexes.

Il est difficile, souvent même impossible, de distinguer si le catarrhe chronique de l'utérus, quand il n'est pas accompagné de maladies blennorrhagiques d'autres parties des organes génitaux, provient ou non de la blennorrhagie.

L'existence simultanée du catarrhe de l'utérus et d'une maladie inflammatoire des annexes est généralement en faveur de la blennorrhagie.

Il est regrettable qu'on ne puisse pas se fier aux recherches microscopiques des sécrétions; la constatation positive des gonocoques indique bien l'existence d'une blennorrhagie, mais leur absence est loin de prouver qu'elle n'existe pas. L. D.

—

BLENNORRHÉE ET MARIAGE.

Il est bien certain que toute muqueuse, ou mieux que toute sécrétion uréthrale contenant des gonocoques, doit être considérée comme infectieuse; il en résulte que *le mariage doit être interdit à tout individu dont l'appareil urogénital contient encore des gono-*

coques, et cela, quelle que soit la bénignité des symptômes cliniques. Sur ce point tout le monde est d'accord.

Par contre, ce qui est plus discutable et surtout plus discuté, c'est le point de savoir si l'on doit laisser se marier des individus qui, malgré un examen bactériologique négatif, conservent un suintement uréthral et des filaments non gonococciques dans l'urine.

Le Dr Neisser a cru pouvoir se décider à ne pas défendre le mariage, lorsque, après un examen répété et soigneux, l'absence de tout gonocoque a été rigoureusement démontrée.

Pour que la constatation négative du gonocoque ait toute sa valeur et offre une réelle certitude, le dr Neisser pose les conditions suivantes :

1° Il faut, pendant une semaine, examiner à plusieurs reprises la sécrétion de l'urèthre antérieur, de l'urèthre postérieur et de la prostate, et, lorsque cela est possible, des vésicules séminales ;

2° Il faut amener une augmentation passagère de la sécrétion par une injection irritante et par une excitation mécanique de la muqueuse uréthrale ;

3° Au moyen de sondes fermées, il faut provoquer l'expression des replis uréthraux, examiner les plus minimes flocons ou filaments au microscope, après avoir centrifugé la portion d'urine qui les contient.

Lorsqu'après toutes ces précautions l'examen bactériologique et, si possible, les cultures restent complètement négatifs au point de vue du gonocoque, on peut autoriser le mariage. Il est bien entendu, toutefois, que le traitement n'en doit pas moins être continué en vue de détruire les dernières traces de l'inflammation de la muqueuse. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'en l'état de la science, *nous pouvons autoriser le mariage en cas d'écoulement purement catarrhal, non gonococcique de l'urèthre.* L. D.

—

DU PANSEMENT PERMANENT DE LA VESSIE.

Guyon a montré l'utilité des instillations médicamenteuses dans les cystites douloureuses, notamment des instillations au nitrate d'argent dans les cystites purulentes vulgaires et au sublimé dans les cystites tuberculeuses.

Il s'en faut cependant que ces instillations soient toujours efficaces et même toujours tolérées; sous le nom de pansements permanents de la vessie, les drs Bazy et Pousson ont recommandé à la Société de chirurgie les injections d'iodoforme; ils se servent d'une solution ou plus exactement d'une mixture de 5 grammes d'iodoforme dans 100 grammes d'huile de vaseline ou d'huile d'olive stérilisée et injectent tous les jours ou tous les deux jours, suivant les circonstances, 10 à 15 centimètres cubes, à vessie vide, à l'aide d'un explorateur à

boule que l'on arrête à l'entrée du col, de manière que l'iodoforme se dépose sur toute la surface du trigone, y compris son angle antérieur, où les lésions sont en général à leur *maximum*.

La conservation de l'iodoforme dans la vessie résulte de l'adhérence physique du médicament à la muqueuse; c'est du reste la condition première de son action thérapeutique; cette adhérence se fait aussi bien dans la vessie de la femme que dans la vessie de l'homme et l'emploi des injections d'huile de vaseline iodoformée dans les pansements permanents de la vessie est également applicable dans les deux sexes.

Les injections sont répétées après des intervalles de plusieurs jours, en principe, lorsque la réapparition des douleurs et des fréquences d'uriner indique que tout l'iodoforme a été évacué.

Le traitement serait utile dans toutes les cystites douloureuses et plus spécialement dans les tuberculeuses. L. D.

—

INFECTION ET DÉSINFECTION DES PLAIES PAR ARMES A FEU.

Une série de travaux ont montré que la balle est capable d'emporter des germes infectieux et de les déposer dans la plaie qu'elle occasionne ; par contre, d'autres travaux, entre autres ceux de Bergmann, aboutissaient à la conclusion que la plaie est infectée non pas primitivement mais secondairement, par l'ouverture cutanée du canal de la balle.

Or, il est d'une importance capitale d'être fixé sur ce point controversé; c'est pour y arriver que le prof. Tavel de Berne a fait instituer sous sa direction une série d'expériences dont il vient de rendre compte dans la *Revue de Chirurgie*.

En premier lieu, ces expériences ont montré qu'une balle stérile, passant à travers un objet infecté, emporte régulièrement avec elle une certaine quantité de germes ; leur nombre varie suivant les expériences, mais est en général suffisamment grand pour que les colonies soient incomptables.

Il est intéressant de constater que l'échauffement de la balle par son passage à travers le canon, que celui ci ait immédiatement auparavant servi ou non à un feu de magasin, n'est pas suffisant pour tuer les microbes qu'elle emporte avec elle.

Il est très remarquable aussi de voir que, malgré le passage si rapide de la balle à travers l'étoffe, l'infection de la gélatine est très forte, le nombre des colonies est souvent excessivement grand. si bien qu'il n'y a guère de différence, à ce point de vue, entre l'infection naturelle de la balle passant à travers une étoffe infectée et l'infection artificielle.

En effet, lorsqu'on infecte la balle en la souillant de cultures microbiennes avant son introduction dans le fusil, les colonies se développent régulièrement aussi dans la gélatine de culture.

De ces expériences, où les résultats, avec ou sans feu de magasin, sont égaux, nous pouvons de nouveau conclure que la chaleur ne joue aucun rôle dans la stérilisation de la balle.

Le fait que dans plusieurs des expériences d'infection artificielle, les colonies sont clairsemées, que même dans un cas, la croissance a été nulle, prouve que le plus grand nombre des microbes sont restés adhérents au canon ou ont été tués mécaniquement par le frottement entre la balle et le canon.

L'effet principal paraît résider dans le frottement mécanique entre la balle et le canon. Ce qui le prouve, ce sont les expériences de contrôle qui ont été faites dans cette série. Après chaque balle infectée, on a tiré une balle stérilisée pour voir si le canon était encore infecté, dans lequel cas elle aurait emmené des germes encore vivants.

Dans tous les cas, sauf dans deux, la deuxième balle n'a donné lieu à aucune croissance.

On peut en tout cas dire qu'en thèse générale, un premier coup stérilise le canon du fusil.

Des expériences de contrôle analogues ont été faites après les expériences avec balles infectées ; jamais le coup de contrôle n'a donné lieu à la croissance de colonies ; on peut donc en conclure qu'*une balle infectée n'infecte pas le canon pour les coups suivants.*

Un second point à élucider était de *savoir si les microbes emportés par la balle conservaient leur virulence.*

Les expériences ont montré que ni l'échauffement de la balle, ni le frottement mécanique de la balle contre le canon, même avec la vitesse normale de 600 m., ne sont capables d'atténuer la virulence du microbe et de diminuer de ce fait le danger de l'infection des plaies par armes à feu.

Les expériences ont permis de conclure que presque toutes les plaies par armes à feu sont contaminées par différents microbes ; toutes les balles, pour autant qu'elles n'ont pas été stérilisées artificiellement, étant porteuses de microbes à leur surface. De l'étoffe, même stérile, ou de la peau ne suffisent pas à retenir les microbes emportés par la balle.

Ces points fixés, il restait à savoir si les germes qui sont transportés par la balle dans les conditions ordinaires, sont suffisamment virulents pour assurer une infection de la plaie ; il fallait de plus savoir si une plaie par arme à feu présente des conditions de réceptivité différentes des plaies ordinaires, des plaies par instruments tranchants par exemple ; ces deux points ont été l'objet de recherches intéressantes.

Nous savons qu'en réalité toute plaie, même opératoire, est *contaminée*, c'est-à-dire que malgré tous nos efforts il ne paraît pas possible qu'il n'y entre pas un certain nombre de microbes venant des instruments, de la peau ou de l'air. Malgré cette contamination nécessaire toute plaie ne s'infecte pas ; la raison en est : 1° que les microbes contaminants n'ont pas toujours la virulence nécessaire ; 2° que les conditions de la plaie ne sont pas toujours propices au développement de l'infection.

L'infection est donc la résultante de deux facteurs : le microbe et le terrain.

Le microbe n'est-il pas virulent du tout ; il n'y a pas d'infection même si la plaie est « disposée ».

Le microbe est-il très virulent, l'infection se produira toujours, même si la plaie ne présente aucune disposition spéciale.

La question de terrain n'entre donc en jeu que pour les *microbes de virulence moyenne*, mais comme cette virulence moyenne est celle que possèdent la plupart des microbes pathogènes qui nous entourent, la question de terrain et de disposition prend d'autant plus d'importance.

Deux facteurs principaux ont été relevés comme favorisant le développement de l'infection à la suite de la contamination d'une plaie par des microbes pathogènes.

Le premier, c'est l'implantation de corps étrangers, le second, la gravité ou la nature de la lésion.

C'est le second facteur qui a le plus d'importance. L'auteur rappelle les travaux de Walthard qui ont prouvé expérimentalement un fait qu'alors les chirugiens connaissaient trop peu, à savoir la grande résistance du péritoine normal vis-à-vis des agents infectieux, et son extrême sensibilité à leur égard, quand il est lésé ; Walthard a montré sur le lapin, qu'on pouvait extirper l'utérus, le transformer par ligature complète en corps étranger, et que malgré ces interventions, l'injection de microbes pathogènes dans le péritoine n'amenait pas de péritonite, à la condition que le péritoine ne fût pas maltraité ; mais, qu'on expose le péritoine à l'air pendant un quart d'heure sans l'humecter, qu'on le traite avec une solution à 1 p. 1000 de sublimé par exemple, et qu'ensuite on fasse les mêmes injections microbiennes dans le péritoine, on verra se développer une péritonite qui souvent sera exactement localisée aux endroits lésés, et qui, en tout cas, aura là son maximum d'intensité ; Walthard a montré même que dans ces conditions il suffisait d'une quantité minimum de microbes pour produire la péritonite, alors que dans le péritoine normal des quantités énormes restaient sans effet.

Dun a repris cette question de la lésion et l'a étudiée pour le tissu

cellulaire sous-cutané ; il a démontré qu'une quantité de microbes, à elle seule insuffisante pour produire une réaction des tissus. en amenait une lorsque la résistance de ceux-ci était diminuée par l'action d'agents mécaniques, physiques ou chimiques appliqués sur la plaie. Hermann avait déjà démontré des faits analogues pour les injections sous-cutanées ; il avait prouvé qu'une injection d'acide phénique ou de sublimé diminue la résistance des tissus, et que pour obtenir la suppuration, il suffit, dans ces conditions, d'une quantité moindre de microbes que dans le tissu sous-cutané normal ; il était arrivé à ce résultat que l'injection de sublimé rendait le coefficient de suppuration 3 fois et l'acide phénique 10 fois moins fort, c'est-à-dire qu'il fallait 3 fois ou 10 fois moins de microbes pour produire un abcès dans un tissu sous-cutané traité au sublimé ou à l'acide phénique, que dans un tissu sous-cutané normal.

Nous sommes heureux, quant à nous, de trouver dans ces faits confirmation des considérations que nous avons émises à l'occasion de notre étude sur l'antisepsie des plaies, notamment au sujet de l'inutilité, voire même du danger des injections antiseptiques pour les plaies, spécialement dans la pratique des accouchements.

D'autres travaux dirigés par le prof. Tavel ont porté sur une autre catégorie de lésions, celles qui aboutissent à la formation d'*hématomes* ; elles sont particulièrement intéressantes pour la théorie de l'infection des plaies par armes à feu, par le fait que c'est là une complication fréquente de ces plaies, et que la pratique chirurgicale montre leur grande importance pour la marche d'une plaie opératoire.

Tous les chirurgiens ont été frappés de voir combien souvent l'hématome était le début d'une complication infectieuse opératoire.

Les expériences ont montré effectivement que l'infection était à un haut degré favorisée par un hématome.

Ainsi, la disposition constituée par l'hématome pour le développement du tétanos infectieux, est si énorme qu'une dose mille fois plus faible que celle qui donne le tétanos chez l'animal sain suffit pour provoquer le tétanos, quand elle est injectée dans un hématome.

Les choses se passent de même avec les microbes pyogènes.

La nature spéciale des lésions par armes à feu, la contusion, l'éclatement des tissus dans le voisinage et même à distance du trajet de la balle, la dissémination des microbes dans la profondeur, constituent une prédisposition analogue à celle que nous venons d'indiquer pour l'hématome.

Ainsi, une série d'expériences ont montré que, tandis que la contamination des plaies par instrument tranchant ne donnait aucun résultat, les plaies par armes à feu contaminées par des microbes de virulence identique, s'infectaient et qu'il s'en suivait ou des abcès, ou des infections généralisées.

Nous pouvons donc conclure avec Probst :

« *Le traumatisme spécial résultant des plaies par armes à feu constitue une lésion qui affaiblit la résistance des tissus dans une mesure bien plus considérable qu'une simple incision linéaire faite avec un instrument tranchant.* »

On peut notamment affirmer avec certitude que *les plaies par armes à feu donnent une disposition toute spéciale pour l'infection tétanique.*

Pour ce qui est de l'*implantation de corps étrangers dans les plaies par armes à feu*, l'auteur tire la conclusion d'expériences faites que cette implantation n'a pas grande importance par elle-même, mais par les microbes qu'ils renferment.

Enfin, d'autres expériences ont montré que contrairement à d'autres affirmations, *les vêtements du soldat renferment des germes pathogènes*, qui entraînés par la balle, peuvent donner lieu à une infection de la plaie.

La dernière question étudiée par l'auteur a été de *savoir si la désinfection des plaies par armes à feu est réalisable et quel est le meilleur traitement à leur opposer.*

Karlinski avait déjà émis l'opinion qu'aucune mesure de désinfection n'était capable d'anéantir les germes chassés à l'intérieur des tissus par la pression latérale de la balle. Toutes les expériences de Tavel ont été démonstratives; des essais de traitement plus ou moins énergiques, drainage, cautérisation, ont montré pertinemment que *dans la thérapeutique des plaies par armes à feu contaminées, le meilleur traitement consiste à ne rien faire du tout.*

Le raisonnement devait mener à cette triste conclusion que sanctionne l'expérimentation, puisque leur désinfection est impraticable et que tous les moyens chimiques ou physiques employés ne font que léser encore davantage les tissus, et les préparer mieux encore à l'envahissement par les microbes restés vivants dans la profondeur des tissus où ils ont été projetés par la balle.

Il va, du reste, sans dire que nous n'entendons parler ici que des lésions par balle simple et qu'il ne peut être question d'appliquer ce principe à toutes les plaies par armes à feu dont la moitié sont compliquées de lésions des os, des organes internes et qui alors ont des indications spéciales.

Les résultats obtenus par Bergmann dans la guerre russo-turque, où ce chirurgien a observé des milliers de guérisons par la simple occlusion des orifices de la plaie, trouvent donc leur explication expérimentale dans les recherches de Tavel, et cet auteur se range à la manière de voir de Kocher qui, dans tous les cas simples, conseille la simple occlusion aseptique ou antiseptique.

C'est le traitement du reste que nous avons préconisé autrefois dans la *Revue*.

Cet aveu d'impuissance est désespérant, mais, comme le dit le prof. Tavel en terminant, quand, dans le domaine de la thérapie, les résultats de la pratique, ceux de l'expérimentation et ceux de la logique font aboutir aux mêmes conclusions, il faut bien s'avouer convaincu et c'est pourquoi, partisan autrefois décidé de l'intervention, il est maintenant devenu un adepte de l'expectation.

L. D.

—

TRAITEMENT DE LA PHTIRIASE CHEZ LES ENFANTS.

Il ne s'agit guère chez l'enfant que de la phtiriase du cuir chevelu.

S'il s'agit d'un garçon ou d'une petite fille, on obtiendra déjà un résultat très appréciable en coupant les cheveux et il suffira pour arriver à la guérison de savonner ensuite la tête ou bien de faire des lotions avec la *liqueur de Van Swieten*.

S'il s'agit d'une fille déjà grande dont on ne veut pas sacrifier la chevelure, le traitement est un peu plus difficile. On fera saupoudrer les cheveux avec des *poudres parasiticides* : poudre de *pyrèthre*, poudre de *staphysaigre*, *soufre* pulvérisé. On ordonnera des lavages de la tête avec l'alcool camphré ou avec du vinaigre chaud, qui est un très bon remède. Les cheveux seront peignés soigneusement pour les débarrasser des poux et des lentes. Les médecins danois ont préconisé la solution suivante :

Sublimé	1 gr.
Vinaigre	300 gr.

Cette lotion est très efficace. On détache ensuite les lentes avec un peigne fin humecté de vinaigre chaud. Descroizille conseille la lotion suivante :

Teinture de pyrèthre		30 gr.
Teinture de romarin	ââ	15 gr.
Teinture de quinquina		
Alcool		40 gr.

Vidal fait faire le premier jour une friction sur tout le cuir chevelu avec l'*onguent napolitain*; le lendemain un lavage à l'eau savonneuse; le surlendemain une application de :

Extrait fluide de panama	5 gr.
Huile de cade	25 gr.
Glycérolé d'amidon	25 gr.

Les onctions mercurielles tuent infailliblement les poux, mais elles ont des inconvénients; elles produisent des accidents d'absorption mercurielle ou au moins des accidents d'irritation cutanée.

Contre la phtiriase des organes génitaux, l'onguent mercuriel qui

est le remède classique, a les mêmes inconvénients; on le remplacera avantageusement par la liqueur de Van Swieten ou bien par la formule suivante, très énergique, et d'un emploi agréable :

Bichlorure d'hydrargyre	25 centigr.
Essence de térébenthine	30 gr.
Glycérine	40 gr.
Alcoolé de lavande	175 gr.

On a encore conseillé les lotions avec un mélange d'huile d'amandes douces et de *pétrole*, avec une solution de *naphtol*.

Quand les poux ont disparu, il faut traiter les lésions cutanées, impétigo ou eczéma artificiel, qui compliquent souvent la pédiculose; suivant l'intensité de l'irritation cutanée, l'épaisseur des croûtes, les différents moyens usités dans le traitement de l'eczéma trouveront leur indication : enveloppement de caoutchouc, application de cataplasmes, pommades à l'oxyde de zinc, glycérolé cadique, etc.

L. D.

—

TRAITEMENT DE L'IODOFORMISME CUTANÉ.

On sait que l'iodoforme produit aisément sur la peau, au voisinage des lésions sur lesquelles il a été appliqué, une irritation plus ou moins vive, se traduisant principalement par des éruptions bulleuses qui occasionnent parfois un prurit des plus pénibles.

Le Dr Albert prétend avoir découvert dans les applications d'alun ou de sulfate de fer une substance qui permet de guérir rapidement cette irritation. Il faut pour cela badigeonner avec soin tous les téguments atteints par l'érythème ou les bulles au moyen d'un gros bourdonnet de coton hydrophile imbibé de la solution choisie.

Il ne suffit pas d'exprimer rapidement le tampon sur les parties malades ; il faut, si l'on peut s'exprimer ainsi, faire mordre le liquide. Par conséquent, il est indispensable de faire une friction assez vigoureuse et suffisamment prolongée.

La solution d'alun, à 10 ou 30 p. 100, suivant la gravité ou le siège des accidents, a un effet immédiat.

On voit en quelques instants se circonscrire et rapidement disparaître tous les désordres. Le prurit, quelques minutes auparavant intolérable, cesse comme par enchantement; dans les cas exceptionnels où il reparaît, une seconde application en a vite raison.

Après le prurit, s'affaiblit progressivement la sensation de chaleur et de cuisson; les plaques cutanées pâlissent, les vésicules et les exsudats infiltrés se résorbent, se couvrent, vingt-quatre heures après, de quelques croûtes jaunâtres; la desquamation est à peu près nulle.

L. D.

—

TRAITEMENT DE LA CÉPHALÉE DES NEURASTHÉNIQUES.

Les douleurs de tête sont un des symptômes les plus pénibles et les plus difficiles à combattre de la neurasthénie. Comme les autres troubles relevant de la même névrose, cette céphalée est surtout justiciable de l'hydrothérapie, mais l'action favorable de ce traitement ne se produisant qu'à la longue, on est souvent obligé de recourir aux moyens médicamenteux pour soulager le malade.

Les bromures, très souvent prescrits, ne sont indiqués, d'après le Dr Collins, qu'au cours des périodes d'éréthisme nerveux, et encore pendant quelques jours seulement.

En dehors de ces crises d'éréthisme, l'auteur se sert de préférence, surtout chez les individus anémiques, de la préparation suivante :

Phosphure de zinc	0 gr. 015
Fer réduit par l'hydrogène	1 gr. 20
Extrait de noix vomique	0 gr. 12

Mêlez et divisez en 8 pilules. — A prendre 2 ou 3 pilules par jour.

Chez les hystériques atteints de maux de tête présentant les caractères de la céphalée neurasthénique, l'auteur s'est bien trouvé de l'usage des pilules ci-dessous formulées :

Valérianate de zinc Sulfate de fer Extrait de rhubarbe Asa fœtida	àà 1 gr. 20

Mêlez et divisez en 20 pilules. — A prendre : 3 pilules par jour.

L. D.

—

COMPRESSES D'EAU CHAUDE DANS LA SCIATIQUE.

Les compresses d'eau fraîche recouvertes d'un étoffe imperméable et la chaleur sèche sont fréquemment employées contre la sciatique à la période aiguë, mais l'usage des compresses imbibées d'eau chaude est beaucoup moins courant.

Or, d'après le dr Siegrist, de Zurich, ce moyen donnerait des résultats très favorables ; voici la manière de l'employer :

Le patient étant couché sur le côté de façon que la région atteinte soit bien à découvert, on applique sur les parties douloureuses un linge préalablement plongé dans l'eau à 50° ou 60° et légèrement exprimé, qu'on recouvre d'abord d'une flanelle, puis de plusieurs couches de papier pour maintenir autant que possible la chaleur de la compresse. S'il s'agit de sujets trop sensibles, on interpose une flanelle entre la peau et la compresse. Dès que cette dernière s'est refroidie, ce qui se produit au bout de 10 à 15 minutes, on la change et on continue ainsi durant 1 à 2 heures. Les séances de ce genre

sont répétées trois ou quatre fois par jour. Sous l'influence de ce traitement, on obtiendrait souvent en quelques jours la guérison de la sciatique aiguë. L. D.

—

PROCÉDÉ POUR COMBATTRE L'ÉPISTAXIS.

Le dr Lubet-Barbon conseille d'utiliser les propriétés hémostatiques de l'*eau oxygénée*.

Le manuel opératoire est des plus simples : on prend un petit tampon d'ouate hydrophile, on l'imbibe de l'eau oxygénée ordinaire du commerce, titrant 10 volumes en moyenne et on l'applique avec une pince contre la partie antérieure de la cloison. On le laisse en place 4 ou 5 minutes au plus. Lorsqu'on le retire, l'hémorrhagie est complètement arrêtée.

Deux précautions sont indispensables pour le succès de cette petite manœuvre.

La première est d'avoir une eau oxygénée qui n'a pas perdu ses volumes. En ville, le remplacement en est aisé. Mais à la campagne, il est quelquefois difficile de renouveler sa provision d'eau oxygénée. Or, rien n'est plus simple, selon l'auteur, que de lui conserver toute son activité : il suffit de la mettre dans une de ces bouteilles de bière fermant à pression avec un bouchon de porcelaine. On garde ainsi sa provision d'eau oxygénée intacte, à l'abri de l'air et de la lumière, les deux grands agents de décomposition du produit.

La deuxième, qui est non moins importante, est de ne pas laisser le tampon en place plus de 4 ou 5 minutes, car au bout de ce temps l'ouate, sous l'action de l'eau oxygénée, contracte avec la muqueuse des adhérences de plus en plus intimes, de sorte que lorsqu'on enlève le tampon, l'hémorrhagie recommence avec plus d'intensité.

L. D.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 30 *décembre* 1899.

— M. Barella offre son ouvrage intitulé : *Coup d'œil sur l'évolution économique et sociale de l'humanité.*

— M. Debaisieux présente, au nom de l'auteur, M. le Dr E. Lauwers, à Courtrai, le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Études et observations chirurgicales*. Il donne lecture d'une note qui paraîtra au *Bulletin* et renouvelle le vœu de voir l'Académie accorder à M. Lauwers le titre de Correspondant.

— M. Decroix, président de la Société contre l'abus du tabac, à Paris, envoie une série de brochures sur la question du tabac.

— M. le Dr E. Destrée, professeur à l'Université de Bruxelles, fait parvenir l'ouvrage qu'il a publié sous le titre : *Étude clinique sur la pneumonie d'influenza.*

M. le Secrétaire donne lecture d'une dépêche envoyée par M. le Ministre de l'agriculture en réponse à la lettre par laquelle le Bureau de l'Académie a transmis le vœu formulé par M. Rommelaere concernant la peste, vœu adopté par la Compagnie dans sa séance du 25 novembre dernier.

M. le Ministre confirme les renseignements qui ont été fournis à cette séance par M. Desguin, et dit que « le Gouvernement a pris, en vertus des lois existantes, toutes les mesures qui sont en son pouvoir. »

« Depuis longtemps déjà, il a organisé le plus complètement possible le service sanitaire des ports, conformément aux prescriptions de la convention sanitaire de Venise et, après avoir entendu le Conseil supérieur d'hygiène qui en a longuement et à plusieurs reprises délibéré, il a arrêté les *Instructions* à l'usage des administrations et du public pour prévenir et combattre la propagation de la peste. » M. le Ministre adresse quelques exemplaires de ces *Instructions.*

M. le Ministre donne aussi quelques détails relativement au sérum antipesteux ; d'abord les moyens qu'il possède de se procurer celui-ci, ensuite les offres faites par certains instituts belges et qui sont l'objet d'un examen très attentif à son Département.

Mais des expériences doivent encore être faites et il demande à l'Académie « si elle est disposée à fixer la méthode qui devra servir de base à la préparation du sérum et si elle voudra assurer le contrôle de la valeur de celui-ci lorsqu'il sera préparé ».

Une Commission, composée de MM. Masius, Desguin, et Willems, examinera la question.

Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le travail manuscrit soumis à l'Académie par M. S. Vreven, pharmacien à Hasselt, intitulé : *Contribution à l'étude de l'identification de l'hyoscyamine.* — M. Depaire, Rapporteur.

Dans des communications précédentes, l'auteur a fait connaître quelques réactions microchimiques ayant pour but de distinguer les alcaloïdes mydriatiques des plantes de la famille des solanacées, tout en reconnaissant que bien des difficultés restent à vaincre pour arriver à ce but. C'est dans cet ordre d'idées que M. Vreven a essayé l'action de l'iode sur l'hyoscyamine.

M. Depaire décrit le procédé employé par M. Vreven et présente quelques objections. Il estime que deux des quatre microphotographies jointes au travail méritent d'être reproduites.

Malgré les observations critiques formulées dans le rapport, la note de M. Vreven présentant un réel intérêt, la Commission propose de l'imprimer dans le *Bulletin.* — Adopté.

De l'anchylostome en général et de sa propagation en Belgique (troisième et dernière partie) ; par M. Kuborn, Membre titulaire.

M. Hyac. Kuborn continue la lecture de son mémoire sur l'anchylostomasie.

Il s'attache à fixer l'époque de son apparition en Belgique qui ne remonterait pas au delà de seize à dix-sept années. Le premier cas fut découvert en novembre 1884 par MM. Firket et Masius, dans le service de ce dernier à l'hôpital de Bavière à Liège. Une douzaine d'autres cas se présentèrent dans le même service l'année suivante. Tous apparurent après une invasion dans les charbonnages du bassin de la Meuse, d'ouvriers piémontais, qui avaient travaillé au percement du tunnel du Saint-Gothard. Vers la même époque, on signalait l'anchylostome chez des briquetiers et des houilleurs des environs de Cologne. Bonn, Aix-la-Chapelle, etc. Il y a des échanges continuels de travailleurs entre ces régions et le bassin de la Meuse.

Quelques années s'écoulèrent d'ailleurs sans qu'il fût question d'anchylostomasie lorsqu'on en découvrit plusieurs foyers dans les charbonnages de la rive gauche de la Meuse, aux environs de Liège. On y procéda à l'examen microscopique des selles des ouvriers et l'on arriva à constater dans certaines exploitations des proportions de 28 à 80 % de mineurs atteints. Jusqu'en mai 1899, les bassins du Hainaut paraissaient indemnes, mais à partir du mois de juin jusqu'en novembre, l'examen des matières fécales de mineurs soupçonnés d'héberger le parasite, révéla une proportion de 76 % contaminés.

L'ancienne anémie des houilleurs a disparu en Belgique depuis une trentaine d'années, grâce aux modifications radicales apportées dans les exploitations et surtout à une ventilation puissante et continue qui chasse dans les mines de 50 à 60 mètres cubes d'air pur par seconde. Mais l'idée est assez répandue, en Belgique comme en Allemagne, que l'ancienne anémie des mineurs et l'anchylostomasie seraient une même affection.

M. Kuborn réfute cette opinion en se basant sur la marche, les symptômes, l'anatomie pathologique et la thérapeutique différente de l'une et de l'autre maladie.

Il termine sa communication en traçant les règles d'hygiène et de prophylaxie individuelles et collectives propres à avoir raison du fléau. M. Kuborn montre que les mesures que l'on projette en Belgique sont peu applicables en réalité, et le fussent-elles, elles seraient illusoires. En Westphalie, elles n'ont pas eu grand succès. Comme le plus efficace au point de vue général, il recommande le procédé mis en pratique il y a une vingtaine d'années aux mines de Chemnitz, en Hongrie, avec les modifications spéciales qui permettraient de l'adapter aux exploitations houillères.

— Le mémoire de M. Kuborn sera inséré au *Bulletin*.

Discussion sur le tabac.

M. Borlée rappelle que le Gouvernement a demandé à l'Académie

s'il n'y a pas lieu de défendre le tabac aux jeunes gens au-dessous de seize ans, mais que l'Académie avait jugé plus utile d'agrandir la question, afin de soumettre à une discussion approfondie l'usage du tabac en général.

Après avoir félicité l'honorable M. Kuborn pour son intéressant rapport, M. Borlée aborde le réquisitoire énergique de M. Masoin contre le tabac.

Quoique ne partageant pas les craintes de M. Masoin, M. Borlée rend hommage à ses convictions.

Pour apprécier les effets physiologiques du tabac, il faut faire une distinction entre les diverses variétés. Les tabacs qui renferment beaucoup de nicotine sont dangereux, tandis que ceux qui en contiennent peu sont inoffensifs.

Le tabac est d'une innocuité absolue et ne porte aucune atteinte à la santé lorsqu'on en use modérément.

Il expose les jouissances morales et physiques que procure le tabac, et indique les nombreux cas où son usage est nécessaire, indispensable, impérieux comme la faim. Il cite surtout les condamnés aux travaux forcés à perpétuité ou à la prison cellulaire qui ne pourraient en être privés.

L'honorable Membre aborde ensuite la question de l'alcool qu'il ne fera qu'effleurer, mais qu'il considère comme inséparable de celle du tabac. Des âmes généreuses, des écrivains très distingués, belges et étrangers, ont établi une propagande active, incessante dans les meetings, les sociétés de tempérance et les congrès pour abolir l'alcoolisme, ce fléau qui cause tant de maladies.

Si l'on doit la plus vive reconnaissance à ces lutteurs infatigables, ce serait se faire une complète illusion que de vouloir aussi abolir le genièvre et les liqueurs alcooliques. Aussi M. Borlée signale les circonstances où l'alcool pur, non falsifié, est indispensable.

Les ouvriers surmenés, mal vêtus, usant d'une alimentation insuffisante, travaillant dans des endroits malsains, infects, dans les égouts, ou remuant des terres marécageuses, en plein air, ont besoin du genièvre pour suppléer à leur alimentation imparfaite.

Dans les pays froids, humides, où l'hiver est rigoureux, on ne peut se passer d'alcool.

M. Borlée termine sa communication par les conclusions suivantes :

L'usage abusif du tabac, surtout s'il contient beaucoup de nicotine, est dangereux et doit être défendu. Quant à l'usage modéré du tabac et de l'alcool pur, on ne peut le condamner.

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

VARIÉTÉS.

ORGANISATION DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE A L'ÉTRANGER.

Le dr Schwalbe, de Berlin, a compulsé les lois et circulaires qui règlent l'exercice de la médecine dans les différents pays et son travail, qui intéresse surtout ceux qui seraient désireux d'exercer la médecine à l'étranger, a été analysé dans la *Gazette hebdomadaire*.

Les différents pays peuvent se classer sous ce rapport en plusieurs groupes.

I. Le premier groupe est composé par les Etats qui refusent formellement les étrangers; ce sont le Grand-Duché de Luxembourg et la Serbie; on pourrait ajouter à ces *gouvernements intransigeants* celui de la France, car depuis que la circulaire ministérielle du 21 juillet 1896 est en vigueur, par laquelle on a créé à côté du diplôme d'Etat un diplôme de docteur purement universitaire, qui ne confère pas le droit d'exercer la médecine en France et qui est délivré aux personnes qui ont passé régulièrement les examens du doctorat sans être munies d'un diplôme de bachelier français, l'accès de la carrière médicale en France est rendu impossible aux étrangers. Un étranger qui aurait passé le baccalauréat français et qui, par conséquent, aurait reçu son éducation scolaire dans un lycée français et aurait vécu sa jeunesse en France ne serait plus un étranger, il serait Français.

II. Le deuxième groupe est formé par les Etats qui imposent les mêmes conditions et les mêmes examens aux docteurs étrangers qu'aux étudiants indigènes, et qu'on pourrait appeler le *groupe protectionniste;* dans ce groupe, se rangent la plupart des pays du continent Européen, comme l'Allemagne, l'Autriche, la Suisse, l'Italie, l'Espagne, la Russie, les Pays-Bas, la Belgique, le Portugal, la Suède, le Danemarck, la Grèce.

En Amérique, la République Argentine rentre dans ce groupe.

Il y a toutefois dans ce groupe une différence assez prononcée entre les conditions que ces différents pays imposent aux candidats étrangers.

Il y en a qui accordent des facilités et des dispenses partielles, il y en a d'autres qui sont très durs pour les étrangers. Tel est le cas du Danemark, dont les lois demandent non seulement que le docteur étranger repasse tous les examens du doctorat, mais aussi qu'il les passe *cum laude*. Autrement il n'obtiendrait pas le droit d'exercer sa

profession dans ce pays. La législation médicale portugaise ne connaît pas de dispenses partielles d'examens pour les étrangers; en Allemagne, en Autriche, en Suisse, en Espagne, en Italie, en Russie, ces dispenses partielles sont prévues, il est vrai, par les lois, mais elles sont très difficiles à obtenir. Il faudrait, pour en profiter, que le candidat ait déjà un certain renom scientifique ou que son établissement semble utile ou désirable au gouvernement du pays dans lequel il s'est expatrié. Ces cas sont fort rares.

Le gouvernement des Pays-Bas accorde dans tous les cas dispense de ce que nous appelons en France le premier examen du doctorat. Les facultés grecques acceptent même des candidats qui ne parlent pas le grec; on leur fait subir les examens dans les langues française, allemande ou italienne. Dans la République Argentine, les docteurs étrangers peuvent exercer la médecine sans avoir repassé des examens dans les endroits où il n'y a pas de docteurs reconnus par l'Etat. Dès qu'un représentant de cette dernière classe s'établit comme docteur dans la même place, il leur faut boucler leurs malles et céder la place au médecin officiel. S'ils veulent être reçus docteurs par la république, ils sont tenus de subir toutes les épreuves du doctorat de ce pays sans dispense aucune, c'est une série d'une trentaine d'examens spéciaux et de trois examens généraux.

III. Le troisième groupe comprend les pays qui accordent à tous les étrangers munis d'un diplôme de docteur des mesures de faveurs bien déterminées à l'avance, et qui reconnaissent ainsi jusqu'à un certain degré le titre médical acquis à l'étranger : nous les appellerons les *pays conciliants*.

Le Royaume-Uni d'Angleterre, d'Ecosse et d'Irlande y compte en premier lieu. L'organisation médicale de nos voisins d'outre-Manche est tout à fait différente de celle des pays du continent. Ainsi faudra-t-il y insister un peu.

Il y a des universités en Angleterre comme partout ailleurs, c'est vrai, mais les étudiants en médecine ne les fréquentent guère, car ce sont des institutions surannées et qui traînent encore avec elles une tradition lourde de siècles passés. Les étudiants y vivent comme les internes des lycées chez nous, ils portent un uniforme, ils prennent les repas ensemble, ils doivent aller à l'église tous les matins, toute leur vie est réglée à l'heure. On s'y occupe beaucoup de la philosophie et on attache une grande importance aux exercices corporels. La durée du séjour aux universités est très longue et les frais sont excessivement élevés.

Aussi préfère-t-on, en général, fréquenter les écoles de médecine privée qui existent en grand nombre dans le Royaume-Uni. La ville

de Londres en compte une douzaine pour elle seule. Elles sont toutes en relations avec un grand hôpital, dont les chefs de service fonctionnent comme professeurs de clinique médicale, chirurgicale, etc. Les rapports entre écoles privées et hôpitaux se font facilement en Angleterre, où les hôpitaux sont également des institutions privées, fondées et entretenues par la charité et par des legs. Aussi possèdent-ils une certaine autonomie et ne dépendent ils pas d'une administration centrale et municipale comme à Paris

Les élèves de ces écoles privées passent également leurs examens devant des corporations privées, qui les reçoivent docteurs. Par conséquent il y a une quantité de diplômes de docteur en Angleterre qui n'ont pas tous la même valeur.

Pour être reconnu docteur par l'Etat, c'est-à-dire pour avoir le droit de se faire passer publiquement pour un docteur, de signer les bulletins de décès et de porter plainte devant les tribunaux pour refus de paiement des honoraires, il faut que le diplôme de docteur dont on est porteur soit enregistré aux bureaux du gouvernement à Londres, à Edimbourg, ou à Dublin. Cet enregistrement est refusé dans les cas où la corporation qui a délivré le diplôme n'inspire pas assez de garanties pour qu'on puisse être convaincu que l'éducation médicale qu'elle a donnée a été bien sérieuse. Il y a des médecins spéciaux chargés par l'Etat de surveiller le niveau des connaissances demandées, dans les examens de ces corporations, et c'est d'après l'avis favorable ou défavorable de ces médecins qu'on admet ou qu'on refuse d'enregistrer les diplômes de ces corporations. Les diplômes étrangers ne sont pas enregistrés, mais les docteurs étrangers jouissent de faveurs pour obtenir le diplôme anglais. Par exemple, les examens de la corporation dite *Conjoint Bord*, à Londres, sont divisés en trois parties : la première comprend les sciences naturelles, la deuxième l'anatomie et la physiologie, la troisième s'étend sur la pathologie interne et externe, sur la clinique médicale, chirurgicale et obstétricale, sur l'hygiène, la matière médicale et la médecine légale. Or, le candidat muni d'un diplôme de docteur étranger n'aura qu'à passer le troisième examen pour obtenir le même diplôme que les étudiants anglais, qui doivent subir toutes les trois épreuves. Comme le *Conjoint Bord* a un très bon renom, le diplôme qu'il confère sera toujours enregistré par l'Etat.

Dans ce groupe de pays conciliants au point de vue de l'admission de docteurs étrangers, il y a aussi quelques représentants du continent européen : la Bulgarie, la Roumanie et la Turquie. Ces pays ont créé des examens spéciaux pour les docteuts étrangers qui veulent s'y installer. En Bulgarie et en Roumanie le candidat doit voir des

malades, établir le diagnostic et rédiger des observations ; en Turquie l'examen est seulement oral, on le fait tout entier dans 20 minutes et on peut le passer sans parler un seul mot de turc, en se faisant assister par un interprète.

La plupart des Etats d'Amérique se rangent également dans ce groupe. Les Etats-Unis d'Amérique du Nord sont composés, comme tout le monde sait et comme le nom l'indique, d'une quantité de petits Etats. Or, chacun de ces Etats a son administration et son organisation à part. Ainsi ne pourrions-nous établir ici les conditions de l'exercice de la médecine aux Etats-Unis dans un ensemble. Cependant les différences ne sont pas très grandes. L'Etat de New-York, et avec lui la plupart des Etats de l'Est font subir aux docteurs étrangers un examen spécial, tandis que d'autres, surtout ceux de l'Ouest, comme la Californie, le Colorado, etc., se rangent dans le groupe des pays libéraux que nous traiterons tout à l'heure.

Dans l'Amérique du Sud nous avons à citer, comme représentants des pays conciliants, les républiques de Brésil, de Chili, de Pérou et d'Uruguay.

IV. Le quatrième groupe comprend les pays qui ne demandent que la production d'un diplôme de docteur d'un pays civilisé pour accorder l'autorisation d'exercer la médecine sur leur territoire, nous les appelons les *pays libéraux*. En Europe, ce n'est que la principauté de Monaco qu'on pourrait compter dans cette catégorie. Ce pays ne possédant pas d'université est tenu par la force des circonstances d'admettre des médecins porteurs de diplômes étrangers, autrement il serait dépourvu de docteurs. Cependant il faut avoir l'autorisation du gouverneur général de Monaco avant de s'y installer comme médecin, autorisation qui est naturellement beaucoup plus facilement accordée à un docteur ayant déjà des attaches à ce pays qu'à un étranger inconnu.

En Amérique, nous avons déjà cité les quelques Etats qui se rangent dans cette catégorie, il nous reste surtout l'Afrique et l'Asie pour ce groupe et pour le suivant, qui sera le dernier. En Egypte, tout docteur étranger qui peut justifier d'un diplôme de docteur dûment acquis est reconnu par le gouvernement et peut exercer sa profession sans entrave aucune. Dans le Transvaal et dans l'Etat d'Orange, dans ces deux pays si célèbres actuellement, il n'y a pas de lois à proprement parler qui règlent l'exercice de la médecine. Seulement pour pouvoir être chargé d'une fonction médicale publique ou pour pouvoir engager des poursuites judiciaires pour refus de paiement des honoraires, il faut être enregistré comme médecin et on ne

peut être enregistré sans présenter un diplôme de docteur délivré dans un pays civilisé.

En Asie c'est la Perse qu'il faut nommer ici. Malgré que le gouvernement de ce pays ait fondé une université à Téhéran en 1870, il laisse librement exercer tout docteur étranger dont il a pu vérifier le diplôme.

V. Enfin, il y a un cinquième groupe formé par les pays dont les gouvernements sont absolument insoucieux, au point de vue des intérêts médicaux, de leur peuple et où la médecine est exercéee à tort et à travers et par n'importe qui. C'est le groupe des *pays indifférents* ; l'Europe n'y figure pas. Pour ne parler que de pays un peu civilisés et connus, nous citerons ici, dans l'Amérique du Nord, les Etats de Kansas et de Nevada, qui font partie des Etats-Unis; dans l'Amérique du Sud, la république de Colombie; dans l'Asie, la Chine et le Japon; en Afrique, le sultanat de Zanzibar, etc.

Pour la Chine et le Japon on pourrait faire une exception et leur donner une place à part, car ces gouvernements n'ont nullement besoin de protéger leur peuple contre l'envahissement par des médecins étrangers, puisque les Chinois et les Japonais sont tellement méfiants qu'ils ne confieront jamais leur santé à un étranger.

Comme conclusion finale, on voit que plus les pays sont civilisés et plus les sciences médicales y fleurissent, plus ils approchent du protectionnisme. C'est justement le contraire de ce qui devrait se produire, car plus la culture progresse, plus les horizons s'élargissent.

C'est le résultat de la grande concurrence vitale internationale qui devient de plus en plus dure; l'auteur déplore ce résultat qui nous montre ainsi d'un côté le grand progrès scientifique contemporain, qui sert l'humanité et qui unit intellectuellement les peuples, et en même temps de l'autre côté, les difficultés croissantes de la vie matérielle, qui ont créé le protectionnisme et qui divisent économiquement les peuples. L. D.

—

De l'aptitude à la conception. — A propos d'un fait particulier, le dr Cerf a traité la question de savoir à quels signes on peut affirmer qu'une femme ne peut plus concevoir.

Il établit d'abord qu'il n'existe pas de signe certain permettant d'affirmer la ménopause; l'âge même n'a qu'une valeur très secondaire, car il est très fréquent de voir la menstruation dépasser de beaucoup la période ordinaire.

Bien plus, si on admet pour un instant, que l'on soit certain de la ménopause, que l'on soit absolument sûr que les règles ont cessé depuis quatre ans, faut-il en conclure nécessairement et évidemment que la conception est dès lors impossible?

Non.

Il y a dans la science des cas nombreux et authentiques de conception survenue après la cessation des règles, et l'on sait que ces faits certains d'ovulation sans menstruation sont un des arguments invoqués par les adversaires de la théorie qui veut que les deux actes soient liés indissolublement l'un à l'autre.

Courty rapporte l'observation faite par Puech d'une femme qui devint enceinte à quarante-six ans, quoique non réglée depuis six ans. Dans un cas de Renaudin, une femme de soixante et un ans accoucha dix ans après avoir vu ses dernières règles. Deshayes (de Rouen) rapporte l'observation d'une femme qui devint enceinte à cinquante ans, deux ans après la cessation définitive des règles. Barker rapporte qu'une femme âgée de quarante-six ans devint enceinte, bien que ses règles eussent cessé depuis l'âge de quarante-deux ans.

M. Lutaud a observé des faits du même genre.

D'autre part, l'âge avancé ne peut être, dans une certaine mesure tout au moins, considéré comme un obstacle à la conception, et dans une discussion, déjà ancienne, il est vrai, l'Académie admet qu'une grossesse était parfaitement possible à 58 ans. Les exemples de ce genre sont du reste assez nombreux.

Indépendamment de ceux indiqués plus haut, Barker rapporte trois observations de maternité chez des femmes ayant dépassé cinquante ans.

Hofmann cite l'exemple d'une primipare de quarante-huit ans, après vingt ans de mariage.

Haller parle de deux femmes qui ont accouché l'une à soixante, l'autre à soixante-dix ans.

L'âge ne peut donc pas, à lui seul, si avancé qu'il paraisse, être une preuve convaincante de l'inaptitude à procréer.

En résumé, dit le dr Cerf, appelé à certifier l'inaptitude à concevoir, examinez votre cliente, pesez son âge, considérez son habitus extérieur, faites le palper abdominal, le toucher vaginal, pratiquez l'examen au spéculum, il vous sera impossible d'affirmer, sans le moindre doute, que le sujet est encore ou n'est plus réglée, peut ou ne peut plus avoir d'enfants.

Il termine son étude par les conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas de signe certain de la ménopause ;

2° La ménopause ne coïncide pas fatalement avec la cessation de l'ovulation ;

3° Il n'y a pas de signe certain de l'inaptitude à concevoir.

TABLE DES MATIÈRES

A

Absence d'appareil urinaire 239
Académie royale de médecine 46, 91, 142, 184, 232, 284, 326, 374, 472, 521, 560
Accès d'épilepsie, traitement 508
Accouchement, lésions des membres 15
— gémellaire 239
— prématuré et interventions chirurgicales . 321, 385
Acide cinnamique et tuberculose 363
Acroparesthérie 468
Albumine, présence dans l'urine 541
Alimentation après sevrage 128
— en santé et maladie 350, 392
— et marche de l'enfant 240
Allaitement artificiel 126
Allongement du nerf sciatique 231
— œdémateux du col 107
Altération du lait. 124
Anasarque, traitement mécanique 134
Anchylostome des mineurs 521, 562
Antisepsie et technique, valeur relative . . . 370
Aponévrose orbito-oculaire 142
Aptitude à la conception 568
Ascite, traitement chirurgical 223
Atropine et asthme 71
Autointoxications gravidiques 208

B

Bassin et position de Walcher 319
Belladone, empoisonnement 92
Bibliographie 478
Bismuth 93
Blennorrhagie de la femme, diagnostic . . . 550
— et stérilité 272
— , traitement abortif 548
Blennorrhée et mariage 550
Bleu de méthylène en thérapeutique 227
Bruits d'oreille 275

C

Calculs du rein, nouveaux procédés de diagnostic. . 545
Cancer de l'estomac, diagnostic 72
Céphalée des neurasthéniques, traitement . . . 559
Céphalotribe de Van Aubel. 185
Césarienne, symphyséotomie, craniotomie et accouchement prématuré 321, 385, 448
Chauffoirs et lavages vaginaux 444
Chlorures et bromures dans l'épilepsie. . . . 512
Col, allongement œdémateux 107
Colite muco-membraneuse 462
Compresses d'eau chaude dans la sciatique . . . 559
Créosote, tolérance et intolérance. 170
Crevasses du mamelon, orthoforme 182
Cystite de la grossesse. 61
Cystites douloureuses 262

D

Débilité congénitale, traitement 120
Déclaration des maladies contagieuses . 156, 189. 285, 327, 374
Désintoxication des poisons cyanogénés . . . 472
Diarrhée des tuberculeux 459
Digitale, indications 78
Diphthérie, sérothérapie 219
Disparition des poisons injectés 47
Doigts, plaies contuses 172

Dyspepsies, traitement 534
Dyspermatisme. 267

E

Eau oxygénée 278, 523
— chloroformée 317, 373
Eclampsie puerpérale, traitement. 34
Ectopie testiculaire inguinale 172
Eczéma, traitement 178
Empoisonnement par la belladone. 92
— par la résorcine. 334
Endocardite, recherches anatomiques 368
Engelures traitement 516
Epilepsie chlorures et bromures. 512
— et grains de café 335
— accès, traitement 508
Epiploon, développement 184
Epistaxis, traitement 248, 560
Erreurs dues aux hémorrhagies de la grossesse . . 27
— provenant de la position sociale . . . 32
— — de complications 30
Estomac, cancer 72
— ulcères. 75
Exercice de la médecine, organisation à l'étranger . 564

F

Fatigue et repos chez les tuberculeux 458
Faux cardiaques. 237
Fermentations intestinales 67
Fibromes, traitement opératoire 324
Fièvre typhoïde, tachycardie 41
Foie cardiaque 467
Furonculose et levûre. 80

G

Ganglions ophthalmiques accessoires 187
Gargarismes 229

Gastro-entérite des nourrissons 45
— et eau chloroformée 373
Goutte et rhumatisme. 164
— aiguë, traitement 311
Grossesse et auto-intoxications 208

H

Hémoptysie, traitement 507
Hémorrhagies de grossesse, erreurs 27
— post-partum, traitement. 318
Héroïne 471
Hôpitaux anglais 97
Huile de croton 234
Hydrothérapie et insomnie. 451
Hypertension artérielle, traitement 168
Hyperthyroïdie et myxœdème 188

I, J, K

Infection des plaies 132
Insomnie et hydrothérapie 451
— traitement 83
Inversion utérine tardive 450
Iodoformisme cutané, traitement. 558

L

Lactose oxytocique 284
Lait, altérations 124
— maternel, variations 496
— stérilisation 166
Lavages vaginaux et chauffoirs 444
Lésions des membres pendant l'accouchement . . 15
— nerveuses du tétanos 184
Levure de bière et furonculose 80
Lits à bascule 527

M

Mains, plaies contuses 176
Maladies contagieuses, dénonciation . . 156, 189, 285, 327, 374

Maternité nouvelle de Louvain 12
Mécanothérapie 377
Médicaments dangereux à prescrire 140
Méralgie paresthésique 88
Métatarsalgie 514
Météorisme et flatulences 67
Morphine in extremis. 142
— dans maladies respiratoires 453
Mort subite dans la pneumonie 43
— des nourrissons 44
Mouvements et température. 315
Myxœdème fruste 188

N

Naissances gémellaires, fréquence 95
Névralgies, traitement chirurgical 5, 47
Nourrissons, allaitement artificiel 126
— diète 44
— mort subite 45
— sevrage 128

O

Obésité, traitement thyroïdien 226
Occlusion intestinale aiguë dans le cancer de l'intestin. 529
Opération césarienne et symphyséotomie, suites . . 282
Orchi-épididymite, traitement 87
Origine des premières cellules sanguines 236
Orthoforme et crevasses du sein 182

P

Paraldéhyde 335
Paraplégies curables 112, 385
La peste 410
Pharmacopée internationale 232
Phtiriase chez les enfants, traitement 557
Phtisie, mode de propagation 128
Plaies du poumon 274

Plaies de la main, doigts 176
— par armes à feu, infection et désinfection . . 552
Pleurésie et toux. 455
Pneumonie, pouls et température 42
— mort subite 43
Pommades couleur de peau 230

R

Ration alimentaire des adultes 94
Résorcine, empoisonnement 334
Respiration de Cheyne-Stokes 115
Rhumatisme d'origine naso-pharyngienne 166
— et goutte. 164

S

Salophène et salicylate de soude 137
Scarlatine, diagnostic 77
Sciatique, allongement du nerf 231
— compresses d'eau chaude 559
Scille, médecine infantile 86
Septicémie puerpérale, traitement 257
Sérothérapie dans la diphtérie 219
Sevrage, alimentation 128
Stations d'altitude 328
Stérilisation du lait 166
Stérilité et blennorrhagie 271
Stomatite mercurielle 361
Sucre, valeur nutritive 190
— — oxytocique 284
Symphyséotomie et césarienne, suites 282, 385, 503
Syphilis, traitement . . 49, 145, 193, 241, 289, 337, 433, 481

T

Tabac à interdire aux enfants 376, 526
— monopole 335
— usage 473, 562
Tabétiques, hygiène musculaire. 272
Tachycardie dans la fièvre typhoïde 41
— dans la tuberculose 39

Température et pouls de la pneumonie 42
Tétanos et saignée 325
Thérapeutique suggestive 238
Thymus de la grenouille 143
Toux et pleurésie 455
Trachome en Flandre. 235
Traitement chirurgical des névralgies 5
— de la syphilis . 49, 145, 193, 241, 289, 337, 433, 481
— de l'éclampsie puerpérale 34
Tuberculeux, fatigue et repos 458
— traitement de la diarrhée 459
— — des hémoptysies 507
— — des vomissements 506
Tuberculose et acide cinnamique. 363
— urinaire, diagnostic 543

U, V

Ulcères de l'estomac 75
Ulcères du tube digestif dans les infections 539
Utérus gravide et contenu, rapports 239
Vaccine, contre-indication 119
Verrues, traitement 520
Vessie, pansement permanent 551
Vomissements des tuberculeux 506

2
5
8
3
5
5
5
1
4
8
9
7
6
3
3

5
3
7
1
1

IGAL 250